

CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata

**Nuove riflessioni
intorno al paradigma
sistemico integrato**

1 VOLUME 2017

issn: 2279-6991



CAMBIA-MENTI

Rivista dell'Istituto di Psicoterapia Sistemica Integrata



**Nuove riflessioni
intorno al paradigma
sistemico integrato**

Issn: 2279/6991

1° volume 2017

Direttore Responsabile

Antonio Restori

Direttore Scientifico

Mirco Moroni

Coordinamento redazionale

Eleonora De Ranieri, Daniela Ferrari, Giada Ghiretti

Redazione

Gianfranco Bruschi, Alberto Cortesi, Eleonora De Ranieri, Daniela Ferrari, Giada Ghiretti, Gabriele Moi, Stefania Pellegrini, Paolo Persia, Michele Vanzini

Comitato Scientifico

Marco Bianciardi (Torino), Gwyn Daniel (Londra), Nadia Monacelli (Parma), Cecilia Edelstein (Bergamo), Wolfgang Ullrich (Milano), Paola Ravasenga (Milano), Daniela Corso (Siracusa)

Segreteria organizzativa

Ilaria Dall'Olmo



Indice

- pag. **05** | **Editoriale**
Mirco Moroni, Antonio Restori
- pag. **06** | **Post-strutturalismo delle relazioni**
Antonio Restori
- pag. **12** | **Ai confini del sé. Tra relazioni di appartenenza e fantasmi di libertà: l'auto-affermazione di sé nei Disturbi del Comportamento Alimentare**
Gianfranco Bruschi
- pag. **21** | **Gli Aspetti di Controllo e Conflitto in un Caso di Disturbo del Comportamento Alimentare**
Marco Bocchia
- pag. **32** | **La famiglia come risorsa nei disturbi del comportamento alimentare: nuove prospettive di cura**
Anna Vecchia
- pag. **41** | **Verità e pregiudizi in una storia di tossicodipendenza in SPDC**
Veronica Torri
- pag. **50** | **“Fotogrammi di comunità”: un esperimento dove la fotografia è utilizzata per narrare**
Lucia Catino
- pag. **59** | **Dare voce ai bambini. Storie narrate in un Servizio di Tutela Minori**
Finazzi Marisol
- pag. **70** | **Il lupo dentro di noi. Metafore di crescita per un ragazzo e la sua terapeuta**
Paola Michielon

pag. **81** | **Il corpo in azione e le sue paure: un caso clinico**
Federica Lato

pag. **92** | **Emozioni e costruzione dell'alleanza terapeutica con le famiglie:
un'esperienza attraverso possibili strategie d'intervento**
Cristina Sabini

pag. **101** | **Dal nomenomen al nickname: riflessioni cliniche sistemiche
attorno alla scelta del nome**
Laura Panato

pag. **110** | **"Io non sono lì, ma dove tu mi puoi ricordare..." La perdita di un familiare:
un'Assenza che è Presenza**
Elisa Busoli

pag. **119** | **L'Omphalos: il corpo consapevole**
Del Monte Elisa

a cura di *Mirco Moroni e Antonio Restori*

Giunti ormai al termine dei primi dieci anni di storia del nostro Istituto IDIPSI, si avverte la necessità di ripensare e riordinare il nostro concetto di integrazione. L'integrazione si avvantaggia dall'aver un osservatore che riconduca a sistema la realtà complessa, sapendo che in quest'opera di traduzione perdiamo e conosciamo sempre qualcosa di nuovo dentro di noi. Dice un vecchio adagio .."l'osservatore è il sistema".

Per questa ragione, a dirla con Bion, occorre capire da quale "vertice" osserviamo le dinamiche. E noi, per come siamo cresciuti, stiamo sperimentando un "multivertice" in termini di pensiero complesso.

Abbiamo nel tempo, dicendola alla Bion, dato priorità alla verità intrinseca del nostro agire sistemico, temendo a volte di imbrigliarla troppo se l'avessimo eccessivamente istituzionalizzata nei nostri programmi formativi. Ma, sempre Bion, dice anche.." Le istituzioni nascono proprio perchè la verità che si manifesta in un gruppo di persone, alla lunga, per la sua luminosità abbagliante.. lo distruggerebbe".

Allora, l'istituzione serve a rendere tollerabile la verità che lui stesso produce, così come il sogno rende tollerabile al sognatore la sua verità emotiva senza che ne venga distrutto.

Quali compiti che ci spettano per il futuro? Osservare, ascoltare, connettere, interfacciare, integrare, tradurre, restituire. A fronte di una luminosità ideativa che può venire solo da un gruppo di formatori in continuo scambio di riflessioni e mai identico a se stesso, seguendo sempre il nostro Bion, dobbiamo dotarci, per vedere le cose e le loro dinamiche, di quello che lui chiama "un raggio di intensa oscurità". Nel punto di confine fra luce e ombra noi costruiamo i nostri apprendimenti sistemici.

Dai contributi di questo nuovo numero di Cambiamenti possiamo scorgere nuove implicazioni emergenti dal paradigma sistemico integrato. Nuovi sguardi attorno ai temi della clinica, della terapia nei contesti più disparati, dove prevale sempre più la sensazione che il percorso di ricerca epistemologica debba procedere sempre più oltre i modelli monolitici delle storiche scuole di pensiero, compreso il modello sistemico, verso un più autentico incontro con l'Altro, i suoi mondi interni, e quindi aprendo ad una continua riscoperta di un me medesimo mai conosciuto prima.

Buone letture

Post-strutturalismo delle relazioni

Antonio Restori¹

Sommario

Attraverso il suggestivo contributo dell'Antropologia post-strutturale di Viveros de Castro e della filosofia francese di Felix Guattari e Jaques Deleuse, l'autore tenta una trasposizione di concetti complessi come "prospettivismo", "Persona", "multi-naturalismo", "antropomorfismo", inserendoli nel lessico appartenente alla cultura della psicologia e della psico-terapia, proponendo un cambio di paradigma epistemico innovativo.

Parole chiave

prospettivismo, Persona, multi-naturalismo, antropomorfismo, psicoterapia

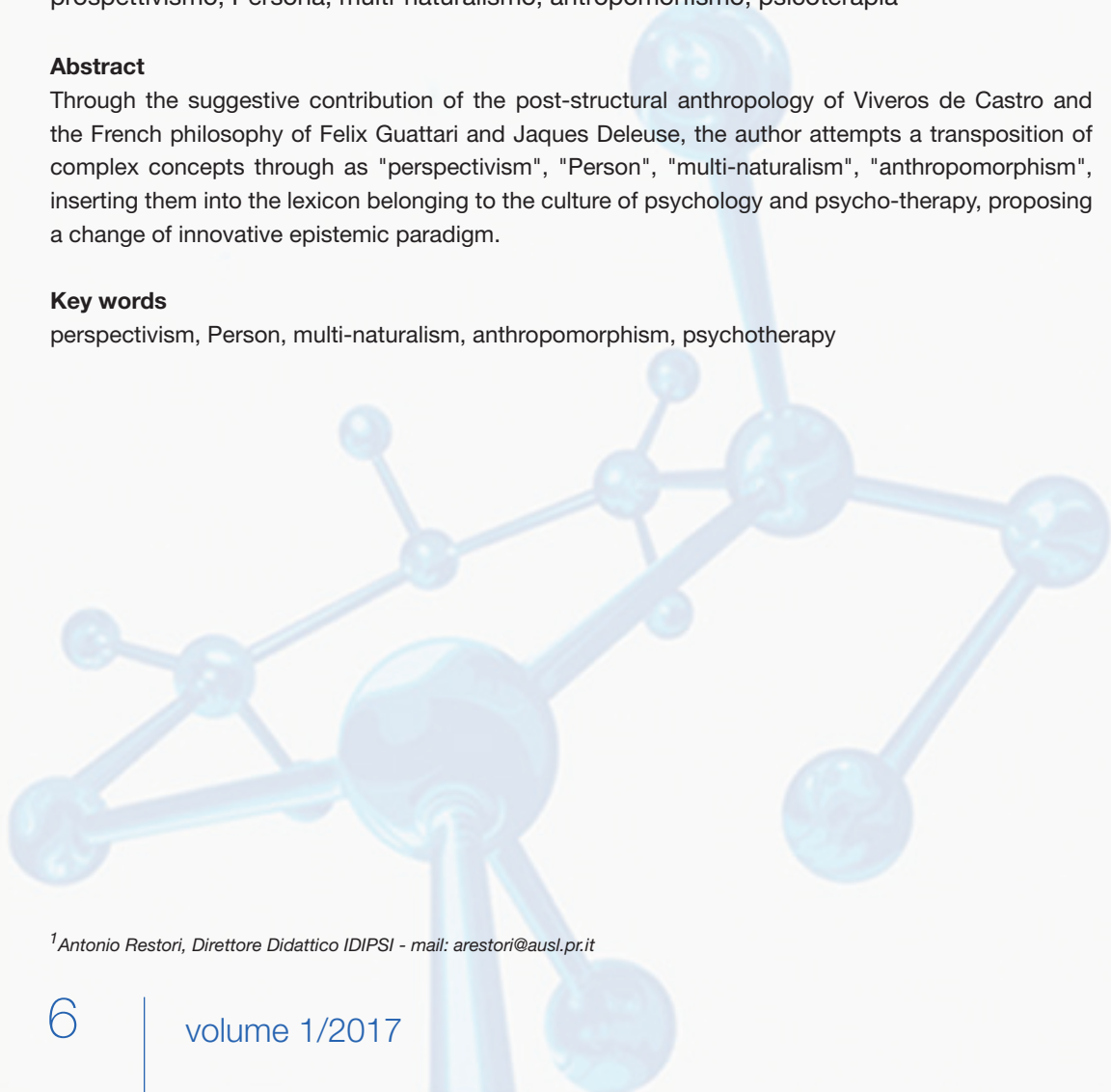
Abstract

Through the suggestive contribution of the post-structural anthropology of Viveros de Castro and the French philosophy of Felix Guattari and Jaques Deleuse, the author attempts a transposition of complex concepts through as "perspectivism", "Person", "multi-naturalism", "anthropomorphism", inserting them into the lexicon belonging to the culture of psychology and psycho-therapy, proposing a change of innovative epistemic paradigm.

Key words

perspectivism, Person, multi-naturalism, anthropomorphism, psychotherapy

¹Antonio Restori, Direttore Didattico IDIPSI - mail: arestori@ausl.pr.it



Epistemologia di terzo ordine

L'epistemologia che ha accompagnato il nostro modo di conoscere il mondo nel corso del tempo ha bisogno di una profonda revisione, un nuovo incontro tra Soggetto e Oggetto: una nuova Alleanza tra le concezioni e le pratiche provenienti dai mondi del Soggetto e le concezioni e le pratiche provenienti dai mondi dell'Oggetto. È una questione non solo epistemologica, ma anche politica perché la disciplina della Psicologia (così come l'antropologia, le scienze sociali e naturali) ha indubbiamente praticato da sempre una colonizzazione permanente del pensiero, di tipo autoreferenziale. Basti solo pensare alle premesse di ogni azione speculativa, descrittiva, interventiva, che ancora accompagna il ricercatore, il clinico, il terapeuta, con le sue armi ingenuche che utilizza, dal "metodo scientifico", alla costruzione delle diagnosi, alle tecniche e strategia di abbordo e di manipolazione dell'Oggetto.

Nel corso del tempo, in questi dieci anni di vita di Idipsi e nel mio lavoro nei servizi socio sanitari ho cercato di capire se fosse mai arrivato il tempo storico e politico per rendere agibile una nuova, autentica "Alleanza tra sistemi osservati e sistemi osservanti". È dalla metà degli anni ottanta che ci si è messi d'impegno per smantellare la prima cibernetica, nel tentativo di liberare l'oggetto osservato dalle colonizzazioni del soggetto osservante. Ma anche con l'avvento della seconda cibernetica le inconsapevoli premesse incorporate nelle lenti a contatto del mondo scientifico che in un modo o nell'altro ci portiamo dentro, hanno direzionato il nostro agire epistemologico. Un esempio su tutti: la parola "terapia". Ho provato recentemente a proporre di cambiare il nome del mio servizio da "Centro di terapia della famiglia" in "Centro per la famiglia" (che comun-

que ancora non mi piace perché sembra che si sia passati dalla cura della famiglia a un nuovo sentire più dialettico e democratico dell'Altro, che puzza sempre di ipocrisia post-colonialista); non è stato semplice far passare questa nuova connotazione del mio servizio. La parola "terapia" è incarnata nel nostro ingenuo sentire un senso di missione che ci accompagna da quando, molto giovani, avevamo creduto importante fare qualcosa di utile per gli altri. Ma ce n'è un'altra di parole che ancor più subdolamente si insinua da sempre nel nostro pensiero coloniale: "Aiuto"; già, perché noi dobbiamo aiutare, porci in una relazione di aiuto, significa, a mio avviso, cercare sempre di modificare qualcosa nell'altro, produrre cambiamento; ma come più volte ho ribadito, noi, l'altro non lo potremo mai incontrare se continueremo a narrrarlo con le nostre lenti. Ma poi ci sono anche altre parole coloniali: il setting, il modo in cui pensiamo al tema del cambiamento, della riflessività, dell'interculturalità... Per ognuno di questi dovrei riaprire capitoli a parte.

Nei miei contributi sulla rivista Cambiamenti ho parlato di Narrazione, Poetica della Rêverie, Embodiment, Contesto, Consapevolezza; ho cercato in vari modi di spiegare il mio concetto di decolonizzazione dell'Oggetto da un Soggetto cieco e ignorante. Credo che ormai, per quanto mi riguarda, e spero non solo per me, sia giunto il momento di assumere integralmente una propria nuova missione: quella di agire una nuova teoria-pratica della decolonizzazione permanente del pensiero. In questo cammino mi stanno accompagnando le letture di Gilles Deleuze e Felix Guattari (il testo "Mille piani, Capitalismo e Schizofrenia" *Castelvecchi* Roma 2010), Eduardo Viveros De Castro ("Metafisiche cannibali" *Ombre corte*

Verona 2017), Bruno Latour (“Politiche della natura. Per una democrazia delle scienze” Raffaello Cortina Milano 2000) e altri ancora; sono ambienti poco affini alla psicologia ma fecondi di idee, suggestioni, che sento veramente aprire la strada a nuovi paradigmi che stanno modificando il mio agire relazionale, restituendomi un nuovo modo di pensarmi nel mondo.

Occorre pensare ad una vera Psicologia “al contrario” nella quale ci viene restituita un’immagine di noi stessi in cui non ci riconosciamo, dato che ogni esperienza di un’altra persona ci offre l’occasione di sperimentare la nostra persona e ci mette in condizione di variare la nostra stessa immaginazione.

La lezione della cultura amerinda: prospettivismo e multinaturalismo

Nelle grandi Antille, pochi anni dopo la scoperta dell’America, mentre gli spagnoli spedivano commissioni di inchiesta per stabilire se gli indigeni fossero o no dotati di un’anima, questi ultimi si occupavano di immergere i prigionieri bianchi sott’acqua per verificare, con una sorveglianza prolungata, se il loro cadavere fosse o meno soggetto a putrefazione (Levi-Strauss in Razza e storia. Razza e cultura Einaudi 2002)

Questo aneddoto mi serve per introdurre l’idea dell’antropologo brasiliano Viveros de Castro (*Metafisiche cannibali*, di Edoardo Viveros de Castro, ed. Ombre corte, Verona 2017), da cui traggio ispirazione, il quale afferma che “l’Altro da Me nella relazione” può non necessariamente osservare il mondo a partire dalle nostre premesse epistemologiche, perché diversamente dovremmo parlare di psico-centrismo o etno-centrismo. L’Altro noi lo vediamo solo ed esclusivamente a partire dai nostri paradigmi culturali

che abbiamo scelto di coltivare. Per cui concetti come Salute, Malattia, Cura, Riabilitazione, Diagnosi, Famiglia, Evoluzione, sono da intendere costruiti all’interno del dominio concettuale del Soggetto osservante, della cultura dominante a cui appartiene lo scienziato che si professa cultore dei discorsi sull’anima, lo *psyco-logos*. Ed anche all’interno di questo dominio esistono dei sottodomini che frammentano ulteriormente il sistema di premesse di questi stessi concetti; basti pensare alle centinaia di modelli psicoterapeutici esistenti nel mondo occidentale. È buffo constatare come, mentre gli europei nelle loro inchieste sull’anima si affidavano alle scienze sociali, gli indigeni si affidavano alle scienze naturali; tant’è che mentre i primi sostenevano che gli indigeni fossero degli animali, i secondi si accontentavano di sospettare che gli europei fossero degli dei. È interessante notare come tutt’ora per l’occidentale, nella sua ontologia, il *corpo* appartiene all’ambito della *natura*, rappresenta la posizione dell’innato e della spontaneità, mentre l’*anima* appartiene all’ambito della *cultura*, rappresenta la posizione di ciò che viene costruito e che può essere modificato; per l’amerindiano e nella sua ontologia, invece, l’anima appartiene all’ambito dello stabile e del permanente, mentre il *corpo* appartiene all’ambito di ciò che può essere ricondotto alla responsabilità dell’attore.

Se il compito dell’occidentale è sempre stato quello di modificare le esperienze della propria anima, a partire da un’idea di anima più sana e progredita, il compito dell’amerindiano è quello di modificare le esperienze del proprio corpo, dove l’anima è presente ugualmente in ogni corpo; una contrapposizione che diventa: “fare dei corpi” nell’esperienza epistemica indigena, *contro* “fare delle anime sane e giuste” nell’esperienza

epistemica occidentale, dove solo gli umani hanno un'anima. Se per noi occidentali prevale il confronto tra culture (multi-culturalismo), antropocentrati nelle nostre premesse della cultura osservante, negli amerindi prevale un confronto tra differenti corpi-nature (multi-naturalismo), un approccio epistemico antropomorfo.

E se l'anima per l'occidentale appartiene all'ambito della cultura del genere umano, dovremmo ricordarci che per Gregory Bateson la cultura è un'astrazione, un'etichetta che è stata inventata per descrivere un punto di vista costruito da un gruppo di scienziati appartenenti all'area dell'antropologia sociale e culturale, spesso al servizio dei mondi colonizzatori (Bateson, Naven).

Nella concezione di Bateson la mente non si limita agli individui (umani) ma anche la società, gli animali, le piante appartengono a un più esteso ecosistema - mente - natura. Di più, l'ecosistema è la "vasta Mente", il sistema più grande ed importante che esista, di cui l'individuo è solo un sottosistema.

Non è contemplata in Bateson un'ontologia "in-senziente"; la natura sente nel pleroma, il pleroma nella natura; un fiume sente, ha memoria, che sprigiona ogni volta che l'uomo cerca di arginarlo, tornando ad esondare per ripristinare il proprio modo di esprimere la sua anima, seguendo la sua "prospettiva naturale".

Per le popolazioni amerinde, secondo l'analisi dell'antropologo Viveros de Castro, tutti gli esseri esistenti sono centri di intenzionalità che comprendono gli altri esseri esistenti secondo le loro rispettive potenze e caratteristiche; per cui il soggetto non è nulla di predefinito, ma è una posizione che permette di accedere a un particolare punto di vista, a una particolare *prospettiva* (*prospettivismo*); il dispositivo mediante il quale

è possibile questo "accedere" è ovviamente il *corpo*. Analizzando le esperienze proprie dei popoli amerindiani, si scopre che anche il concetto di *persona* può riguardare entità non umane e può non riguardare altri gruppi umani.

Per i popoli amerindi conoscere significa personificare, *personificare* significa cannibalizzare il punto di vista di ciò o di chi viene conosciuto; questo ribaltamento nell'approccio all'alterità (l'Altro come persona e non come cosa) trova delle assonanze con la filosofia di Deleuze e Guattari (*L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia* Gilles Deleuze, Félix Guattari Editore Einaudi 2002).

Questo presuppone che nel nostro mondo epistemico, per tutte le aree delle scienze sociali e umane, noi dovremmo occuparci non tanto del "Come" dell'Altro, ma del "Chi"; non tanto come funziona l'altro, ma chi è l'Altro-Persona. E facendo questo dovremmo ricordarci che nell'occuparci del Chi dell'Altro, ciò che ci è concesso conoscere avviene attraverso un processo di "traduzione", nel quale noi trasformiamo il nostro Medesimo in un Medesimo sempre differente. Suggestivamente mi verrebbe da affermare che in questo processo di traduzione, caratterizzandosi l'episteme in una sorta di tradimento delle premesse ontologiche dell'Altro, per evitare ciò dovremmo diventare degli sciamani, uniche persone capaci di incontrare e conoscere il corpo dell'Altro e tornare nel Medesimo senza temere di tradirne l'integrità originale.

Noi terapeuti non siamo sciamani, ma la nostra "professione" dovrebbe tendere a questo, dovrebbe tendere a "sentire" (estetica della relazione) l'Altro-Persona.

Un nuovo discorso dell'anima

Per noi occidentali è veramente difficile pensare all'Altro come Persona dotata di prospettiva ontologica che cammina attraverso un Kairos-tempo indeterminato e soggettivo. Continuiamo a pensare che l'Altro sia soprattutto dotato di una Psychè (anima) che vive in un suo mondo-mente incapsulato in un cervello che produce idee controllate e controllabili. Il corpo passa sempre in secondo piano, come fosse solo un involucro che la contiene.

Dalle suggestioni dell'antropologia di Viveiros De Castro mi discosto solo un attimo per tentare di riaffermare un nuovo discorso sull'anima, tenendo presente che reificarla, oggettivandola, ci espone al rischio di non vedere l'Altro autenticamente come Persona. Jean-Luc Nancy, filosofo che con Jaques Derrida è considerato il maggior esponente del de-costruzionismo francese, afferma che l'unione tra anima e corpo avviene nell'ordine delle vibrazioni del movimento: *"l'unione avviene quando il corpo e l'anima vibrano l'uno nell'altra. L'anima è toccata dalle vestigia impresse nel corpo, cioè dalle tracce estese dell'estensione del mondo. L'anima si espone ad esse secondo una modalità propria dell'estensione: sposa la vibrazione del corpo. Se io cammino, è un'anima camminante; se io dormo, è un'anima dormiente; se io mangio, è un'anima mangiante. E se una lama o una scheggia intaccano la mia pelle, la mia anima è intaccata dalla medesima profondità, forza e forma della ferita. E se io muoio, l'anima diventa la morte stessa."* (Jean-Luc Nancy, *Corpus*, 2007, Napoli, Cronopio.) In altre parole l'anima non sperimenta il corpo più di quanto il corpo sperimenti l'anima.

Nancy spiega l'unione in questo modo: l'unione che unisce l'anima (sostanza pensan-

te) e il corpo (sostanza estesa), appartiene ad un terzo ordine che è quello della relazione; *"l'anima può essere toccata dal corpo e il corpo può essere toccato dall'anima"*. (Jean-Luc Nancy, *Indizi sul corpo*, 2009, Torino, Ananke). Vi è solo un tocco tra di essi, che li lascia inalterati. Entrambi sono impenetrabili, e proprio per questo sono uniti; uniti nel contatto della loro impenetrabilità. Secondo il pensiero amerindo è soprattutto attraverso il corpo che noi facciamo esperienza epistemica, mentre l'anima porta con sé le intenzioni, la cognizione, la cultura, la memoria, il simulacro del mondo nel quale apparteniamo e ci identifichiamo.

Noi conosciamo attraverso il tocco, generativo di impulso o pulsione, una pressione, un'impressione o un'espressione, una vibrazione. L'unione avviene quando il corpo e l'anima vibrano l'uno nell'altra nel movimento. Quindi c'è episteme quando mettiamo in moto il corpo nella relazione con l'Altro, e l'incontro non è tra anime o corpi separati, ma tra Persone, che possiedono unicità (corpo) e mente (anima).

In sostanza questo genere di esperienza di incontro con l'Altro-Persona è della stessa natura di Alice nel racconto di Carroll, che dopo aver attraversato lo specchio ammette che quello che già conosceva, vedendolo (attraverso la cognizione-mente-anima) stando dall'altra parte, erano cose comuni e poco interessanti, mentre il resto era quanto di più diverso si potesse immaginare; un'esperienza che può essere vissuta solo attraversando la piccola porticina con un corpo nuovo. Credo quindi che la svolta ontologica suggerita da Viveiros de Castro, quando attinge dalla società amerinda, costituisca un nuovo modo di conoscere il Chi dell'altro, "personificandolo"; un invito per tutti noi, che ci professiamo esteti delle relazioni, a

considerare che l'Altro lo incontreremo se per primi noi ci sperimentassimo come corpo epistemico, così come accade per l'Altro da noi. Questo nuovo modo di entrare in relazione, suggerito dall'antropologia post-strutturalista di Viveros de Castro, e che mutuo nell'ambito delle relazioni inter-personali, propone un nuovo e più autentico incontro tra il Me medesimo e l'Altro.

Ci troviamo di fronte ad un nuovo modo di concepire l'incontro tra Persone, dove si presuppone la presenza sempre di uno scambio di informazioni ma che non possono che generare continui equivoci epistemologici; equivoci con i quali dovremmo approcciare con profonda consapevolezza, essendo la Persona molto più che corpo e anima, ma *vita, prospettiva, natura multipla* tante quante sono le società viventi nel mondo e i sotto-sistemi culturali che si dipanano da esse in modo rizomatico.

Bibliografia

- Bateson, G., (1993), *Mente e natura*, Milano: Adelphi
- Bateson, G., (1997), *Naven*, Torino: Einaudi Editore
- Bateson, G., (2000), *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi
- Guattari, F., Deleuze, G., (2002), *L'anti-Edipo. Capitalismo e schizofrenia* Torino: Editore Einaudi.
- Guattari, F., Deleuze, G., (2010), *Mille piani, Capitalismo e Schizofrenia*, Roma: Castelvecchi
- Latour, B., (2000), *Politiche della natura. Per una democrazia delle scienze*, Milano: Raffaello Cortina
- Levi-Strauss, C., (2002), *Razza e storia-Razza e cultura*, Torino: Einaudi Editore
- Nancy, J.-L., (2007) *Corpus*, Napoli: Cronopio
- Nancy, J.-L., (2009), *Indizi sul corpo*, Torino: Ananke
- Viveros De Castro, E., (2017), *Metafisiche cannibali*, Verona: Ombre corte
- Jean-Luc Nancy, *Corpus*, 2007, Napoli: Cronopio

Ai confini del sé.

Tra relazioni di appartenenza e fantasmi di libertà:
l'auto-affermazione di sé nei Disturbi
del Comportamento Alimentare

Gianfranco Bruschi¹

Sommario

L'autore sostiene che i Disturbi del Comportamento Alimentare, in un'ottica sistemica relazionale integrata, rappresentino l'emergere di forme di significato e comportamento che traggono origine dalle relazioni e dai significati esperiti dalla persona a livello socio-culturale e familiare. I livelli sociale-culturale, familiare e individuale sarebbero connessi dalla struttura del mito, che a livello del sistema famiglia si traduce nella credenza dell'unità familiare, contrapposta al polo di significato della paura della disgregazione, dei fantasmi di una libertà che è contemporaneamente rottura. Sono considerati i punti di vista di autori degli approcci costruttivisti e della costruzione sociale, per giungere a posizioni fondate sul lavoro corporeo e infine sulla posizione estetica del terapeuta. Dal punto di vista dei contenuti del lavoro psicoterapeutico si propone una visione a fasi, a partire dall'ascolto e dalla costruzione di una relazione terapeutica, per attraversare una presa di consapevolezza ed un supporto al fronteggiamento del disturbo, per giungere alla fase di psicoterapia più approfondita. Il punto centrale da cui si dipana tutto il processo terapeutico è dato dai confini del sé, visti costituiti da una doppia faccia, esterna ed interna, sulla quale occorre intervenire insieme al paziente per riconoscere e ricostruire un senso di sé in relazione con un senso dell'altro e del mondo.

Parole chiave:

disturbi comportamento alimentare, mito familiare, relazioni, famiglia, emozioni, sé

Abstract

The author claims that the Eating Behavior Disorders, in an integrated systemic relational perspective, represent the emergence of forms of meaning and behavior that originate from the relationships and meanings experienced by the person at the socio-cultural and family level. The social-cultural, family and individual levels are connected by the structure of the myth, which at the level of the family system translates into the belief of family unity, opposed to the pole of meaning of the fear of disintegration, of the ghosts of a freedom that is simultaneously breaking. They are considered the points seen by authors of constructivist approaches and social construction, to reach positions based on body work and finally on the aesthetic position of the therapist. From the point of view of the contents of the psychotherapeutic work a phase view is proposed, starting from the listening and the construction

¹Gianfranco Bruschi: didatta Idipsi mail: gianfranco.bruschi@gmail.com

of a therapeutic relationship, to cross an awareness and support to the coping of the disorder, to reach the psychotherapy phase more depth. The central point from which the whole therapeutic process unfolds is given by the confines of the self, seen constituted by a double face, external and internal, on which it is necessary to intervene together with the patient to recognize and reconstruct a sense of self in relation to a sense of other and of the world.

Key words:

Eating Behavior Disorders, family myth, relations, family, emotions, self



Contesto socio-culturale e scenari relazionali dei disturbi del comportamento alimentare

Il presente articolo intende affrontare il tema del rapporto che si può osservare ai confini del sé personale, tra solitudine e libertà, da un lato, e tra socialità e omologazione, dall'altro. Come sono cambiati tali rapporti in questi ultimi tempi, lasciando spunti per la designazione di itinerari personali di sofferenza mentale e relazionale, come ad esempio succede nei Disturbi dell'Alimentazione o anche nelle Tossico-alcol-dipendenze?

Il rapporto tra sé e altro in queste forme di sofferenza non ha una demarcazione definita, a fronte di definizioni personali, sociali e culturali dettate da una società dei consumi, dove il massimo di definizione unilaterale (tendenza al narcisismo da un punto di vista culturale) corrisponde al minimo di considerazione di un'alterità (l'altro visto come concorrente o prolungamento di sé). La definizione di sé appare così insicura.

D'altra parte relazione sociale ed omologazione sono le caratteristiche di una richiesta di performance che lascia indietro il principale protagonista dei nostri limiti: il corpo. Esso viene negato, trasformato, modellato, tutto fuorché accettato e valorizzato. Essere accettati come persone passa attraverso il rientrare in canoni sociali di massa, pena la vergogna e l'esclusione, la solitudine appunto, una solitudine colpevole. Essere accettati significa così costrizione sociale e relazionale, entro categorie anguste, dettate dalla società, dai consumi delle famiglie immerse in un brodo culturale che copre di uniformità piuttosto che riconoscere differenze. Il sé sembra così vivere un'intrusione piuttosto che una libera espressione.

Possiamo forse parlare di forme di reificazione psicologica e sociale, di un modello di

individuo e della sua capacità di farsi un suo percorso, con le sue forze, con la responsabilità di essere artefice del suo destino, pena la colpa di non essere all'altezza, adeguato, e quindi non degno di stima e affetto, di vicinanza e amore, in definitiva solo. La famiglia come matrice di identità, può divenire il crogiuolo di relazioni ed emozioni difficilmente distinguibili, perché già definite da una conoscenza ed una cultura tipiche delle società occidentali avanzate, dove ogni comportamento umano è oggetto di attenzione dal punto di vista dell'immagine e della tecnologia del sapere. In accordo con Morin potremmo forse dire che la parte Sapiens e in rapporto inestricabile con una altrettanto consistente parte Demens. (Manghi, 2009) La transizione che vede questi processi a diversi livelli psico-socio-culturali, è certamente molto complessa ed i significati che si giocano in essa sono difficili da rimodulare, già a livello delle storie evolutive costruite e vissute dentro le famiglie, nei rapporti tra le coppie di genitori e fra loro e i figli.

Naturalmente quella che chiamiamo sofferenza, che possiamo vedere nelle manifestazioni che indichiamo anche come patologie o disturbi, non riguarda tutti coloro che vivono in questo brodo culturale occidentale, della società di consumo, quella dei rapporti liquidi come ci diceva acutamente Bauman (2008). All'interno di un contesto culturale di questo tipo le famiglie e le persone che si trovano ad attraversare momenti di particolare vulnerabilità possono sviluppare percorsi in cui si insinuano le trappole che portano a scivolare nella sofferenza.

Non ci sono famiglie o individui malati; piuttosto si può ipotizzare l'esistenza di contesti di relazioni che aiutano e che curano e di altri, che portano a cadere dentro circuiti viziosi, che nell'intento di curare o riparare

il mantenimento di un equilibrio, sfociano in alti costi affettivo-emozionali, cognitivi, familiari e sociali. Oggi si può tutto, ogni desiderio ancora prima di essere pensato è una possibilità che possiamo raggiungere grazie alla tecnologia del sapere e al nostro impegno, alla nostra performance. Ma proprio perché si può tutto non sappiamo che limite c'è al potere, il nostro desiderare è incerto ed anticipato dalla tecnologia: sappiamo già prima come dovremmo svilupparci, come dovremmo condurre un'adolescenza normale.

E ne sappiamo meno di prima perché ci manca l'esperienza diretta, ci dicono come dovrebbero essere le cose ma noi non lo sappiamo per via diretta, possiamo fare tutto ma siamo estremamente confusi perché non sappiamo bene cosa possiamo fare, non lo sappiamo nel nostro intimo che ad un certo punto non lo riconosciamo più, come non riconosciamo ed ascoltiamo il nostro corpo. Nella famiglia di oggi i figli occupano un posto centrale con istanze di performance e successo dal punto di vista educativo. Ma tali istanze nel momento in cui diventano centrali fanno da contesto di significazione alla riuscita dei figli, che diventano la riuscita anche dei genitori, qualificando il processo relazionale ed educativo come dipendenza del successo dei figli dai genitori (che controllano o pensano di controllare il processo) e dipendenza dei figli dalle scelte e capacità dei genitori (così che i figli possono diventare perfetti, ma non per un loro volere). L'approccio sistemico relazionale ha fondato alcune sue radici proprio sull'osservazione delle famiglie in cui emergono problemi intorno al comportamento alimentare, famiglie dove sono più fortemente presenti modalità relazionali che rileggono le emozioni secondo un'ottica dall'esterno, in un ambito di attenzione al risultato e all'unità

dei valori familiari (Selvini Palazzoli, 1973). Famiglie iperprotettive, caotiche o perfette, in cui i genitori hanno differenze di atteggiamento che non si integrano tra loro.

Le dimensioni del controllo e la preoccupazione predominano ed anticipano il reale contatto emotivo e l'intimità, limitando l'autonomia dei figli piuttosto che favorirla. In esse si giocano questioni fondamentali come potere, autorità, libertà e autonomia. Il comportamento alimentare emesso in situazioni critiche e poi riproposto si mantiene in quanto strumento di potere nelle relazioni familiari e diviene un modo di esprimere ambiguo, ma simbolico, per emozioni come ansia, tristezza, rabbia.

Ma qual è l'anello di congiunzione tra i livelli socio-culturali, familiari, individuali, che si incrociano nei loro significati, originando un realtà complessa come quella delle interazioni familiari e dei comportamenti sintomatici?

In accordo con le posizioni di Luigi Onnis (2004) possiamo considerare il mito familiare come anello di congiunzione, tra la natura delle relazioni umane vissute e i significati affettivi ed emotivi che ad esse vengono attribuiti, in una storia multi-generazionale, dove il mito è il cemento di valori che fonda e pervade il sistema familiare ed individuale di chi ne fa parte.

Il mito familiare è il racconto che la famiglia fa di sé, della sua storia e del suo futuro, un racconto implicito, complesso, che non può essere rappresentato semplicemente. E' la struttura che connette le diverse parti di un sistema familiare e fonda la sua appartenenza ad esso, descrivendo anche il campo di significati entro il quale è possibile prevedere i movimenti ed i cambiamenti futuri, nel senso quindi della separazione-individuazione. Osserviamo qui l'emergere dei due aspetti fondamentali del processo

evolutivo psicologico umano: l'appartenere al sistema famiglia con il suo insieme di regole e l'esprimere la propria identità distinta e libera in rapporto allo stesso sistema. Due aspetti, appartenenza e identità, tra loro dialoganti in termini di significati (dipendenza vs indipendenza), che vanno continuamente arricchiti ed integrati nel corso dell'esistenza, per condurre al traguardo dell'auto-realizzazione, dell'autonomia. Entità che se non riescono a dialogare e a comporsi in maniera armonica, possono entrare in opposizione rigida e simmetrica, piuttosto che essere complementare come in tutti i sistemi complessi. Ciò porta a conflitti, che se non vengono risolti possono sfociare in vere e proprie patologie psichiche/familiari.

Ambiente affettivo-relazionale e familiare nei DCA

La considerazione dei miti familiari ci permette di individuare i temi fondanti la dialettica di significati fondamentali a livello delle famiglie dove si sviluppano DCA.

Le ricerche condotte da più parti su questi aspetti e l'esperienza clinica, conduce a miti di unità familiare, che <<da un lato favoriscono prossimità spaziali e contiguità fisiche, dall'altro, a un livello emozionale più profondo e non sempre consapevole, inducono vincoli di reciproca dipendenza e sentimenti così costrittivi di appartenenza, che sembrano impedire ogni processo di individuazione e di acquisizione di identità>> (Onnis, 2004). Tali miti di unità sono contrastati da ciò che li può minacciare, cioè "fantasmi di rottura" (Onnis, 2004) dei legami che devono essere assolutamente mantenuti.

Ogni movimento di autonomia, di distacco, di crescita e separazione può in questo senso rappresentare <<una minaccia di disgregazione dell'unità familiare piuttosto

che una possibilità di sviluppo delle relazioni e di maturazione degli affetti>> (Onnis, 2004). L'oscillazione tra appartenenza/protezione e identità/libertà di affermazione di sé, sembra in questi casi piuttosto rigida e non integrabile, tanto da lasciare spazio a *fantasmi di libertà*, paure che ogni mossa di indipendenza sia anche la distruzione di una dipendenza dalla relazione che è ancora una importante se non unica, conferma di sé, non solo: anche conferma del sé familiare e di tutto il suo *corpo*. La libera affermazione di sé può significare allora delusione negli altri significativi e solitudine, l'appartenere per sentirsi riconosciuti e visti può voler dire aderire alle aspettative di una unità iperprotettiva ma anche intrusiva.

L'osservazione clinica in anni di esperienza con queste manifestazioni della sofferenza umana, mi ha fatto immaginare la presenza di una relazione tra la ricerca di confini del sé chiari e una identità libera, difficilmente sperimentati nell'intimo delle relazioni familiari/sociali, ma promossi a livello socio-culturale, e il vuoto di solitudine.

Di conseguenza, a fronte di una libera azione individuale che sembra voler rompere i legami, anche quando invece non fa che liberarsi (in modo contro-dipendente) da una loro ristretta significazione di dipendenza, il soggetto può sperimentare una contraddizione, quella che si riassume nel paradosso logico "sii indipendente dipendendo da me" e in altre forme simili e connesse.

La mancanza di autonomia si iscrive all'interno del contesto relazionale descritto, in particolare nelle fasi di entrata nell'adolescenza e di svincolo dalla famiglia d'origine. Le polarità accordo/disaccordo e rifiuto/protezione non sono ben distinguibili tra loro, con l'impossibilità o difficoltà di definire la relazione (De Pascale, 1991).

Il disturbo alimentare, “se da un lato (...) porta ad una apparente posizione di tipo up, di controllo e di auto-affermazione nella relazione con i familiari, dall'altro (...) conduce ad un'ulteriore conferma della posizione down, di dipendenza, disagio, solitudine e critica da parte di chi le sta intorno. Tale disagio aumenterà la determinazione nel rifiutare il cibo o nell'alimentarsi esageratamente” (De Pascale, 1991).

Già dalle prime esperienze relazionali il soggetto che soffre di DCA ha vissuto un'altalena relazionale, un'alternanza spesso imprevedibile e simultanea delle due polarità di attaccamento e distacco (Bowlby, 1979), un'alternanza tra desiderio di protezione, timore della solitudine e capacità di autoaffermazione, autonomia (De Pascale, 1991). Quando le spinte all'autonomia aumentano come in adolescenza, insieme al disagio familiare, si possono verificare condizioni che portano a sviluppare il sintomo come antica soluzione: affrontare la solitudine con la capacità di rinuncia, contrastando l'ambiguità emotiva dei rapporti interpersonali e anche familiari, assumendo una posizione che ha il potere di affermare l'autonomia personale e contemporaneamente di definire le regole di relazione, nel senso di una non dipendenza, che però non fa che racchiudere le possibilità di espressione e comprensione delle emozioni, che se manifestate possono essere esposte a critica e perdita di potere. E' una solitudine epistemologica quella di chi soffre di DCA (Guidano, 1988) conseguente alla fisiologica delusione adolescenziale rispetto alle figure genitoriali, ritenute fino ad allora assoluti riferimenti per lo sviluppo di un senso di sé, che aderendo alle stesse aspettative dei genitori si ritrova improvvisamente, e con un senso di inadeguatezza ed incompetenza anche colpevole, a

non avere una sua capacità di libera espressione, perché non può riconoscere le sue parti emotive e in definitiva un senso di se stesso attendibile.

Da un lato il bisogno esasperato di affermarsi e di essere approvati dagli altri significativi, dall'altro la paura di essere criticati e rifiutati. La paura di deludere e di rimanere delusi.

I confini del sé nel soggetto che soffre di DCA mi sembrano allora costituiti da una faccia interna ed una esterna, fra loro contraddittorie e inconciliabili: quella interna fa riferimento ad un senso di sé confuso e inconsistente quella esterna è più definita ma dipende dalle aspettative e visioni che gli altri significativi rimandano, con la percezione di incompetenza e inadeguatezza personale: il sé resta nell'oscillante ambiguità tra l'affermarsi senza essere dipendente ed essere incompreso e il dipendere senza potersi affermare ed essere intruso.

Gli stessi confini appaiono indefiniti e inconsistenti come l'immagine corporea di chi soffre di questi disturbi, con un'alterata percezione della fame e della sazietà e delle esperienze sensoriali in genere, come la termoregolazione e la fatica.

Ambiguità emotiva e sensazione che il corpo sfugga al controllo sono apparentemente affrontate ma non risolte col sintomo, con il quale vanno a costituire un circolo relazionale senza fine. Inconsistenza dei confini, confuso senso di sé, portano ad aspettative di fallimento che aumentano la paura di deludere e di rimanere delusi confermando il senso di inadeguatezza. Il bisogno di sentirsi approvati ed amati diviene contemporaneamente un pericolo se ci si sente inadeguati, per cui per coinvolgersi occorre essere forti e capaci di controllare le emozioni, per non esporsi a giudizi negativi, cercando la per-

fezione. Fantasie grandiose e progetti ambiziosi che confliggono con la paura di non essere all'altezza e di non farcela, che non si riesce cognitivamente a risolvere e che il sintomo mantiene.

Considerazioni per i percorsi di diagnosi e trattamento

Sono le prime esperienze di apprendimento di un senso di sé separato dall'altro e di un senso di appartenenza e di similarità, che permettono di costruire l'unicità e la coerenza di un'organizzazione di sé, di un'identità differenziata, con una definita immagine di sé e del mondo.

L'oscillazione tra iperprotettività e indifferenza a livello sia diadico che triadico, la confusione tra due polarità di forte coinvolgimento e di distacco affettivo-emotivo, si osserva non solo nella relazione madre-figlia ma anche nel gioco relazionale triadico, madre-padre-figlia, dove i due genitori possono interagire nella relazione con posizioni diverse legate alla loro storia e personalità, che intrecciano modelli interattivi a volte contraddittori tra loro, anche contemporaneamente: la madre iperprotettiva può coesistere con un padre indifferente oppure i due possono scambiarsi tali ruoli, anche nel tempo, lasciando spazio a triangoli relazionali che diventano "triangoli perversi" (Haley, 1980).

I momenti critici del ciclo evolutivo aumentano l'indecisione e la confusione finendo con il favorire le condizioni dello sviluppo del sintomo: lutti, distacchi o crisi di fiducia nelle relazioni affettive, cambiamenti reali o temuti nelle relazioni significative, possono accrescere l'indecisione tra desiderio di un maggior coinvolgimento e la paura di essere abbandonati, di deludere e di restare delusi. L'aspettativa nei confronti di sé e degli altri, che ruota attorno alla delusione, rapporta-

ta con una realtà esterna indefinita e invadente, permea di incertezza i confini del sé, oscillanti nell'immagine corporea e nel peso, tra il dover essere perfetti per non deludere e il rischio di non valere niente perché si viene delusi (De Pascale, 1991).

Il disturbo funziona come affermazione di una individualità con confini indefiniti e senso di sé inconsistente. Essere vincente per non essere perdente (Ugazio, 1998). Per avere una definizione di sé in un contesto relazionale dove la relazione con l'altro ti definisce, occorre adeguarsi ma se ci si adegua si è perdenti e si è intrusi dalle modalità dell'altro; se si vuole essere vincenti occorre opporsi, con la conseguenza di non essere intrusi ma anche di non poter avere una definizione di sé, che viene affidata alla percezione, anch'essa indefinita ma sensibile, che è data dalle sensazioni corporee legate all'alimentazione.

"Quando la riflessività del circuito, di significati tra approvazione dall'altro e intrusione da parte sua, è massima il soggetto non dispone più di alcuna con-posizione nella dimensione semantica critica. Egli oscilla tra adeguarsi e opporsi senza trovare una validazione del sé. E' a questo punto che insorge la sintomatologia" (Ugazio, 1998).

Il processo interattivo che porta allo sviluppo di un disturbo alimentare anoressico-bulimico, secondo Ugazio (1998), è un processo istigatorio, che conduce ad una doppia delusione: sia chi è oggetto di istigazione, sia l'istigatore, deludono e il paziente si trova a perdere il legame confermante con il genitore preferito, con la conseguenza di una solitudine non confermante il suo sé. L'istigazione provoca attivamente il potere familiare, come lotta per la definizione della relazione, soprattutto in adolescenza.

La delusione quindi come esito di un pro-

cesso di cambiamento delle relazioni che in adolescenza porta a deludere il soggetto rispetto alle figure genitoriali, soprattutto quella confermate, per effetto delle mutate condizioni psicologiche ma anche della inevitabile sfida che nelle famiglie controllanti occorre assumere per distaccarsi e definirsi rispetto a relazioni invischiati (Minuchin, 1978). Secondo Ugazio (1998) nei casi di anoressia anche con varianti bulimiche, ciò avviene nei confronti del genitore confermate in posizione dominante (di solito la madre), mentre nella bulimia il genitore in posizione up non è quello confermate (di solito il padre). Il confine esterno dell'immagine di sé viene così disapprovato, con la disconferma o la delusione, con pesanti conseguenze per il senso di sé dipendente dall'esterno, un senso di sé sentito come incompetente e inadeguato. Il confine interno viene percepito come inconsistente e inattendibile per effetto del vuoto di riconoscimento emotivo, con una attivazione emotiva che senza mediazione cognitiva si associa a reazioni sul piano alimentare e motorio. Il disturbo alimentare diventa l'unica risposta attendibile, un esoscheletro dell'identità confusa e vuota, di un sé che con aspettative di fallimento esterno non riesce a cogliere segnali interni chiari se non quelli della fame e del movimento (Guidano, 1988), sul versante però del controllo, senza un dialogo mente-corpo.

La situazione psicologica descritta può essere affrontata a partire dalle caratteristiche e dinamiche che sono all'origine stessa del sistema conoscitivo.

La costruzione di una relazione terapeutica nella quale già dall'inizio si cerca l'ascolto dei temi dell'incompetenza e inconsistenza di sé e si supporta primariamente il riconoscimento delle emozioni e sensazioni coin-

volte nelle relazioni con gli altri, sostenendo anche la competenza a mostrare parti di sé senza fallire. Questa prima fase motivazionale ha lo scopo di costruire l'alleanza a partire dalla presa di consapevolezza degli ostacoli al sé e alle relazioni che il disturbo comporta, anche in un'ottica di sviluppo di opportunità progettuali personali, in un contesto terapeutico di regole chiare e con un preciso contratto terapeutico.

Questo lavoro a livello familiare può essere fatto attraverso la metodologia delle sculture familiari, che per linguaggio si avvicinano alle modalità espressive dei Disturbi Alimentari (Onnis, 2004).

In una seconda fase, dopo la stabilizzazione del DCA, il percorso psicoterapeutico individuale vero e proprio può essere spinto a esplorare le parti del sé e le emozioni coinvolte nelle diverse esperienze, favorendo una posizione decentrata e auto-osservante che legga e comprenda i movimenti interni ed esterni e le relazioni, che a partire dalle configurazioni relazionali e emozionali provate permetta di ri-costruire un sempre più efficace confine di demarcazione nelle relazioni dialoganti, con se stessi e con gli altri.

E' possibile così per il soggetto vedere come siamo noi a dare importanza al contesto che a sua volta dà significato alla nostra esperienza, in maniera implicita, comprendendo che è possibile allargare e rivedere i contesti, lasciando spazio a nuovi significati.

L'intervento psicoterapeutico, in un'ottica sistemico-relazionale integrata, prevede diversi livelli di operatività: la fase di accoglienza ed ascolto iniziale, con la famiglia se si tratta di pazienti preadolescenti o appena adolescenti o con il coinvolgimento dei genitori e del paziente in maniera differenziata se si tratta di transizioni adolescenziali più avanzate o verso l'età adulta.

Nel lavoro psicoterapeutico la posizione del terapeuta che può favorire la costruzione di un senso dei confini interpersonali e di un senso di sé nel paziente, mi sembra possa essere suggerita dal lavorare con “modalità introversa” (Madonna, 2013), considerando come errore l’interazione istruttiva, la finalità cosciente (Bateson, 1972), specie se non rivolta ad elementi del comportamento ma a classi dello stesso. Come dice Giovanni Madonna (2013): quando l’azione finalistica è di tipo introverso, il terapeuta non persegue il successo terapeutico in generale (...) né in una certa determinata occasione.

Assumendo l’atteggiamento di chi vuole cambiare se stesso, si allena a divenire il miglior terapeuta possibile per il paziente che si trova di volta in volta ad accompagnare nel processo psicoterapeutico.

Bibliografia

- Bateson G. (1972). *Verso un’ecologia della mente*. Milano: Adelphi, 1976
- Bauman Z. (2005). *Vita liquida*. Roma-Bari: Laterza, 2008
- Bowlby J. (1979). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Cortina, 1982
- De Pascale A. (1991). *I disturbi alimentari psicogeni*. In: *Dall’individuo al sistema*, a cura di, Malagoli Togliatti M., Telfener U. (pp. 202-213). Torino: Bollati Boringhieri
- Guidano V. F. (1988). *La complessità del sé*. Torino: Bollati Boringhieri
- Haley J. (1980). *Il distacco dalla famiglia*. Roma: Astrolabio, 1983
- Madonna G. (2013). *La psicoterapia attraverso Bateson*. Franco Angeli: Milano
- Manghi S. (2009). *Il soggetto ecologico di Edgar Morin*. Trento: Erickson
- Minuchin S., Rosman B.L., Baker L. (1978). *Famiglie psicosomatiche*. Roma: Astrolabio, 1980
- Onnis L. (2004). *I miti e i fantasmi familiari*. *Psicobiettivo*, 3/2016, 121-142.
- Selvini Palazzoli (1973). *L’anoressia mentale*. Milano: Feltrinelli
- Ugazio V. (1998). *Storie permesse, storie proibite*. Torino: Bollati Boringhieri

Gli Aspetti di Controllo e Conflitto in un Caso di Disturbo del Comportamento Alimentare

Marco Bocchia¹

Sommario

L'autore si propone di analizzare un caso di disturbo del comportamento alimentare mettendone a fuoco gli aspetti di controllo e conflitto, emblematici dei tessuti relazionali che accompagnano l'insorgenza di tali disturbi. Inizialmente si prenderanno in esame i contributi di alcuni autori sistemici per inquadrare le caratteristiche fondamentali dei suddetti contesti relazionali. Nel presentare il caso clinico, che ha come protagonista una paziente bulimica di vent'anni, si ripercorreranno i primi contatti della stessa con i servizi² e l'iter diagnostico. Sarà quindi evidenziata la centralità dei temi del conflitto e del controllo, con particolare attenzione alla dinamica relazionale che intercorre tra la paziente e la figura paterna. In seguito verranno descritte le prime fasi del percorso terapeutico, fornendo una panoramica dell'intervento concepito dall'équipe multidisciplinare, per poi focalizzarsi su alcuni passaggi significativi dei primi incontri psicoterapeutici. Concluderanno l'articolo alcune riflessioni che restituiscano la complessità della situazione e riassumano i principali "movimenti" che hanno contraddistinto il "sistema paziente - terapeuti".

Parole chiave

Disturbi alimentari, bulimia, contesti relazionali, controllo, conflitto, figura paterna

Abstract

The author's purpose is to analyze a case study of eating disorder, focusing on control and conflict issues, as representative features of the relationship dynamics associated with the occurrence of such disorders. Firstly, the writer will examine several papers in the field of Systemic-Therapy, in order to frame the main features of the above mentioned relationship contexts. The clinical case of a 20-year-old woman suffering from bulimia will be presented starting from the early contacts she had with "services" and her diagnostic assessment. Secondly, special attention will be drawn to the central role of control and conflict issues, highlighting the specific relationship dynamics between the patient and her father. First stages of her therapeutic pathway will be examined, providing an overview of the clinical intervention of a multidisciplinary team, to focus, then, on some crucial points of her first psychotherapy sessions. Finally, the article will conclude with some considerations to suggest the complexity of the situation and to summarize the main "interactions" characterizing the "patient - therapists system".

Key words

Eating disorders, bulimia, relationship contexts, control, conflict, father figure

¹Marco Bocchia, allievo III Anno Idipsi mail: marco.bocchia@tiscali.it

²Il servizio a cui si fa riferimento è il Programma Psicopatologico Integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare dell'AUSL di Parma.

Interpretazione Sistemica dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Il lavoro con le famiglie di pazienti anoressiche costituisce uno degli ambiti elettivi dell'intervento terapeutico di approccio sistemico fin dai primi anni in cui tale approccio si è diffuso in Italia, soprattutto grazie al lavoro del Gruppo di Milano³, i cui componenti ritenevano che le famiglie si trovino in costante equilibrio tra omeostasi e capacità di trasformazione, e consideravano il comportamento sintomatico, mantenuto da pattern transazionali governati da regole, come uno dei fattori responsabili nel preservare la "tendenza omeostatica" nel sistema (Gurman, Kniskern, 1995). In particolare per Selvini Palazzoli (1988), che sistematizza le osservazioni condotte in molti anni di lavoro con famiglie di pazienti anoressiche e bulimiche⁴, il sintomo alimentare emergerebbe in specifiche configurazioni familiari, contraddistinte da un "gioco relazionale di coppia" del quale la figlia entra a far parte nell'età adolescenziale.

L'autrice individua quindi due modalità prevalenti in cui avviene questo coinvolgimento: la figlia può diventare la confidente della madre con la quale ha un rapporto simbiotico, oppure può sentirsi più vicina al padre che ammira maggiormente. In seguito alla sperimentazione di una forte delusione da parte della figura genitoriale "preferita" facilitata dall'istigazione della parte avversa, si sviluppa il sintomo come modalità unica di cambiare le relazioni familiari.

Minuchin (1980) invece fa notare come l'assenza di piani e ruoli definiti sia alla base dell'emersione di tali disturbi e come, para-

dossalmente, in tali sistemi familiari possano essere compresenti confini molto rigidi tra l'interno e l'esterno della famiglia stessa, e confini estremamente labili (con scarsissima differenziazione tra un membro e l'altro) all'interno del sistema. Riflessioni epistemologiche più recenti suggeriscono l'opportunità di restituire ad anoressia e bulimia il carattere di problemi complessi. Onnis (2004) propone quindi un'eziologia multifattoriale, che tenga conto del ruolo del contesto socio-culturale, della specificità dell'individuo e dell'età di insorgenza del sintomo (l'adolescenza), e infine delle caratteristiche delle famiglie a cui i pazienti appartengono.

Occorre inoltre considerare l'adolescenza come periodo di per sé critico, nel quale avvengono importanti cambiamenti a livello biologico e psicologico ed emerge un forte bisogno di differenziazione e di ricerca della propria autonomia, che può avvenire con modalità opposte e provocatorie.

Aspetti Specifici di Controllo e Conflitto

Conflitto e controllo costituiscono due aspetti costantemente presenti nelle organizzazioni relazionali nelle quali emerge un disturbo alimentare. Tali dinamiche sembrano essere in stretto rapporto: come afferma Ugazio (1998) si è tanto più vincenti e si ottiene più potere quanto più si riesce ad essere "volitivi, determinati, ad avere il controllo di se stessi". La polarità semantica "vincente vs perdente" non è in alcun modo riferibile al sé individuale, in quanto implica necessariamente un confronto con l'altro, che «guida sia le relazioni interne al nucleo, sia quelle con la parentela»

³Con tale definizione si fa riferimento a un'équipe di lavoro e ricerca operante tra gli anni 60' e 70' a Milano, nella quale i più significativi protagonisti furono Mara Selvini Palazzoli, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata. L'équipe sviluppò un modello sistemico di terapia familiare e di intervento nei contesti relazionali e sociali.

⁴In lavori successivi Selvini Palazzoli (1998) ha superato tale visione "schematica" proponendo un modello multidimensionale che rivaluta la dimensione individuale dei soggetti e «correla una certa costellazione di sintomi con una certa personalità della paziente, da un lato, e con un certo tipo di famiglia, dall'altro».

(*Ibidem*, p. 236). In queste famiglie la relazione riveste un ruolo esclusivo nella definizione del sé dei diversi membri (Selvini Palazzoli, 1989, Bruch, 1989). Spesso tra loro è in atto una “lotta per la definizione della relazione” che assorbe pressoché la totalità delle interazioni, facendo recedere sullo sfondo il contenuto comunicato.

La conquista e il mantenimento del proprio status di superiorità implicano la sperimentazione di stati emotivi contrastanti: fiducia in se stessi e senso di efficacia, ma anche rivalità e paura di perdere la posizione dominante. Viceversa le persone in posizione subalterna sperimenteranno umiliazione e senso di sconfitta, invidia e gelosia. Tali sistemi esprimono quindi una forte conflittualità che sfocia in continui giochi manipolativi finalizzati ad ottenere l’approvazione e l’affetto degli altri membri; il giudizio costituisce infatti il solo metro di riconoscimento dell’altro. In contesti di questo tipo ogni differenza costituisce pertanto una possibile fonte di conflitto, e la specificità individuale viene sacrificata per mantenere l’uniformità (Selvini Palazzoli, 1989).

Secondo Guidano (1987, p.179) tale stile affettivo si può riassumere nello slogan: «è solo condividendo le stesse opinioni che possiamo amarci l’un l’altro». In un quadro contraddistinto da tali premesse implicite, può accadere che emerga quella che lo stesso autore definisce “Organizzazione di Personalità DAP (disturbi alimentari psicogeni)”, caratterizzata da polarità opposte e assolute: il bisogno di approvazione da parte di persone significative e la paura di poter essere intrusi o disconfermati da parte delle medesime.

Il sintomo costituirebbe una reazione alla perturbazione dell’equilibrio fra queste due polarità. I conflitti devono essere negati, così come eventuali episodi frustranti che riguardano sia la persona stessa che la sua famiglia.

I disturbi alimentari diventano quindi simbolici non solo per l’ossessione verso il cibo o l’aspetto corporeo, ma più ancora per l’ossessione di controllare la realtà e per la perfezione nello sviluppo individuale, che diventa l’aspetto principale sul quale fondare il proprio benessere. La necessità di tenere fuori dal proprio spazio qualsiasi elemento esterno (rifiutando il nutrimento) risponde all’esigenza di delimitare i “confini dell’Io”, percepiti come fragili e insicuri: secondo Bruch (1977), le distorsioni dell’immagine corporea e il conseguente senso di insoddisfazione per il proprio aspetto nasconderebbero sentimenti inespresi di incapacità e scarsa autostima. Il bisogno di essere costantemente amati e accettati comporta continue aspettative di fallimento e genera un forte senso di inadeguatezza. Il controllo è ricercato poiché si crede che per riuscire (essere perfetti) sia necessario gestire costantemente in modo rigido le proprie emozioni, evitando di esporsi al rischio di un giudizio negativo rispetto alle stesse. Le persone con organizzazione DAP non riuscirebbero a risolvere la costante tensione tra attaccamento, vicinanza agli altri e senso di separazione e individuazione, oscillando invece tra iperprotettività e indifferenza. In particolare, come illustra De Pascale (1991, p. 210), i momenti critici e di cambiamento come lutti, esperienze di perdita o di distacco affettivo, esaspereranno la confusione tra «desiderio di maggiore coinvolgimento e paura di essere abbandonati, tra il timore di deludere e quello di restare delusi».

La “soluzione” consisterà quindi nel tentativo di assumere «una posizione intermedia, e quindi perfetta, ma come tale irraggiungibile». Per quanto concerne l’aspetto sintomatico, gli aspetti di controllo e di conflittualità che esso può esprimere vanno dal tentativo di ritagliarsi un ambito di totale autonomia in

un sistema che non sembra concederne altri, alla ricerca sofferta di differenziazione mediante l'espulsione del cibo e il controllo esasperato del proprio corpo; può anche essere presente un'istanza ambivalente che concerne la crescita: da un lato un bisogno impellente di crescita e autonomizzazione, dall'altro la paura di crescere che si manifesta tramite la rinuncia a nutrirsi, la quale fa regredire la persona in una condizione infantile e di dipendenza. Il rifiuto del cibo consentirebbe di superare l'ambivalenza agendo l'opposizione adolescenziale senza però distanziarsi dai bisogni fusionali infantili, facendo permanere la persona in una condizione di impasse che Onnis (2004) definisce "tempo sospeso".

Il Caso di L.

L'accesso al servizio dell'AUSL di Parma dedicato ai DCA (Programma Psicopatologico Integrato per i Disturbi del Comportamento Alimentare) prevede, in seguito ad una prima serie di colloqui con psicologo, psichiatra e nutrizionista, un percorso di *assessment* psicologico e psichiatrico con l'utilizzo di una specifica batteria di test.

Al primo colloquio L., una ragazza di 20 anni, riferisce di essere stata convinta dalla madre a chiedere aiuto: ritiene di avere delle "stranezze" per quanto riguarda l'alimentazione, e riconosce che ciò le provochi talvolta disagio, ma allo stesso tempo si dichiara sorpresa dalla possibilità di soffrire di un "disturbo alimentare". Riferisce di alternare momenti in cui mangia molto, con voracità, ad altri in cui si sforza di assumere meno calorie possibili. Tali condotte alimentari incostanti sono

cominciate un paio di anni prima ma si sarebbero intensificate soprattutto negli ultimi mesi. Nello stesso periodo (due anni fa) i suoi genitori si sono separati, e da allora è rimasta a vivere con la madre: negli ultimi mesi, invece, ha preso il posto del fratello che viveva con il padre, per consentire che si interrompesse tale convivenza altamente conflittuale. Ripercorrendo la propria storia familiare, L. racconta di avere a sua volta un rapporto difficile con il padre, il quale la incolpa della separazione dalla moglie⁵, poiché fu lei stessa, quando ancora frequentava le medie, a scoprire sul suo cellulare i messaggi di un'altra donna e a mostrarli alla madre. In seguito a quell'episodio il padre arrivò anche ad aggredirla fisicamente, e tutt'ora non sembra averle perdonato quel gesto. Attualmente, vivendo con il padre, L. si trova inoltre esposta alle frequenti critiche e obiezioni dello stesso, principalmente rispetto alla sua scelta universitaria (filosofia), che egli giudica poco spendibile e di scarso prestigio. Già in questo incontro L. stessa ricollega questo periodo particolarmente faticoso a livello relazionale ad una maggiore frequenza di abbuffate e ad un generale senso di insoddisfazione verso se stessa e il proprio aspetto.

Per quanto riguarda l'approfondimento diagnostico, nei successivi incontri vengono somministrati a L. diversi test⁶ e un'intervista semi-strutturata finalizzata alla valutazione dei processi di strutturazione della personalità nel periodo adolescenziale⁷. Dall'integrazione dei risultati dei diversi test emerge una diagnosi di bulimia nervosa: L. riferisce che il suo modo d'alimentarsi altera gravemente

⁵La separazione è in realtà avvenuta diversi anni dopo, ma il padre fa risalire a quel periodo l'inizio della crisi coniugale che vi ha infine condotto.

⁶EDI - 3 (Eating Disorder Inventory), BUT (Body Uneasiness Test) SCL-90, BITE (Bulimic Investigation Test Edimburgh).

⁷Si tratta dell'intervista IPOP-A (Interview of Personality Organization Processes in Adolescence), basata sul modello di valutazione della personalità in adolescenza elaborato da O. Kernberg.

la sua vita e di mangiare talvolta così tanto da sentirsi male; effettua ricorrenti abbuffate (circa 2-3 volte alla settimana) alle quali alterna condotte compensatorie come un moderato esercizio fisico e l'assunzione (saltuaria) di lassativi. Inoltre il pensiero di cominciare a mangiare fino a perdere il controllo è spesso presente, soprattutto quando si sente agitata o di cattivo umore. I suoi pensieri appaiono polarizzati sul proprio aspetto fisico: prova un senso di estraneità quando si guarda allo specchio e percepisce il proprio corpo come molto lontano dalla sua immagine ideale.

Dal punto di vista psicologico emergerebbero bassa autostima, pessimismo e scarsa fiducia nelle altre persone.

L'approfondimento delle relazioni significative rivela una strutturazione del Sé sufficientemente adeguata, mentre le difficoltà maggiori emergono sul piano relazionale e della regolazione emotiva. L. individua due relazioni per lei fondamentali, quella con la madre, illustrata come una figura molto positiva, con la quale il rapporto, nel quale prevalgono il dialogo e il confronto, è considerato ottimo, e quella con la migliore amica, definita la persona più importante della sua vita al di fuori della famiglia e ritenuta «una persona speciale, generosa, leale, capace di ascoltare senza giudicare». Risulta importante anche il rapporto con il fidanzato, per quanto questi sia indicato come meno «complice» rispetto alla migliore amica: ha infatti difficoltà a parlare con lui dei suoi problemi per timore che non la capisca appieno.

La relazione con il padre è invece vista come totalmente negativa, non sembra esservi fiducia, tanto che L. non lo mette al corrente di molti aspetti che la riguardano (comprese le problematiche alimentari) per paura di essere giudicata negativamente e umiliata. Il quadro che emerge risulta contraddistinto

da un'intensa polarizzazione: vi sono alcuni rapporti totalmente positivi, mentre il conflitto è confinato alla relazione con il padre. A tale proposito può essere opportuno richiamare il ruolo rivestito dal rapporto padre-figlia nei contesti in cui emerge un disturbo alimentare. Dalla letteratura si ricava prevalentemente l'idea di un padre subalterno rispetto alla madre, una figura assente e disimpegnata, che non riesce a guidare la figlia nel processo di separazione-individuazione dalla madre (Selvini Palazzoli, 1989). Si configura quindi quella che Senin (1997) definisce «assenza della funzione paterna». In questo senso il sintomo diventerebbe una soluzione per separarsi dall'Altro tramite il rifiuto del cibo (Recalcati, 2002). Occorre peraltro precisare che diversi autori individuano notevoli differenze riscontrabili tra padri di pazienti anoressiche e padri di pazienti bulimiche. Come segnala Nucara (1995) molti studi indicano infatti un padre «debole, sottomesso, assente» principalmente nell'anoressia, ma anche «intollerante, offensivo, ipercritico», soprattutto nella bulimia. L'autrice individua come tratto comune un'esperienza di «vuoto» legato alla figura del padre, intesa come «punto di riferimento, come funzione necessaria alla stabilità della mente» (Nucara, 1995).

Pensando al caso di L., appare particolarmente calzante l'osservazione di Ugazio (1998) sui nuclei familiari delle pazienti bulimiche. Se infatti come per le pazienti anoressiche il genitore «preferito e confermatore» è quello posto in posizione «vincente», questo non coincide però con la figura che svolge funzioni materne, che si trova in posizione «perdente».

Queste pazienti, pur subendo una forte delusione da parte del genitore preferito, ne adottano la prospettiva, rifiutando di identificarsi con la madre che si è «lasciata andare, cedendo alla propria passività».

Per quanto L., almeno al livello più consapevole, disprezzi il proprio padre e affermi di ammirare la madre, sembra fare riferimento al padre per le sue aspettative di approvazione e riconoscimento; questi infatti è percepito dai figli come una persona di successo, dedicata al lavoro e alla carriera: uno standard elevato difficilmente raggiungibile, anche perché lui stesso svaluta ogni competenza che non appartenga all'ambito scientifico del quale si occupa. Sembra quindi emergere un conflitto interiore estremamente pervasivo tra l'identificazione con la madre, vista come una persona "eccezionale", ma anche come una vittima, avendo dovuto subire per anni i tradimenti del marito, e quella con il padre "vincente ma persecutore". Tale dinamica deve essere costantemente tenuta sotto controllo, e risalta soltanto analizzando alcune reazioni (prevalentemente non verbali) della ragazza. Quando ad esempio racconta di essere la figlia "preferita" dal padre, in quanto ritenuta più intelligente e dotata del fratello, le sue parole esprimono risentimento, mentre a livello non verbale traspare una certa soddisfazione. Per quanto riguarda la regolazione emotiva, L. mostra difficoltà nel riconoscimento e nella gestione delle emozioni negative.

Riporta infatti il costante bisogno di "chiarire immediatamente" in seguito ad un litigio, di ricomporre tramite il dialogo eventuali tensioni con le figure più significative. Rispetto alla gestione della rabbia, afferma di rivolgerla soprattutto contro se stessa⁸, per quanto talvolta le capita di arrabbiarsi con altre persone. Quando ciò accade si sente in colpa per la possibilità di averle ferite e vorrebbe "che questo non succedesse mai".

In parziale contraddizione, emerge la sua vo-

lontà di "diventare più forte" per poter dire agli altri ciò che pensa senza aver paura delle loro reazioni. Tale ambiguità può corrispondere ad una caratteristica che contraddistingue le persone con organizzazione di personalità DAP secondo De Pascale (1991, pp. 208-209), esse presentano «un'oscillazione tra due posizioni emotive opposte, alle quali corrispondono valutazioni e pensieri altrettanto contraddittori» che hanno come oggetto il bisogno di essere apprezzati dagli altri e la compresente paura di essere criticati e respinti.

Il Percorso Terapeutico

Terminata la fase di approfondimento diagnostico, come da prassi si è svolto un incontro di restituzione a cui ha partecipato l'équipe al completo e al quale, oltre a L., è stata invitata anche sua madre. Dopo aver illustrato le conclusioni dell'équipe in seguito all'elaborazione dei test e ai colloqui effettuati dalla ragazza con le diverse figure professionali, concentrandosi in particolare sulla spiegazione della diagnosi di bulimia, viene prospettato a L. il percorso terapeutico da seguire, che comprenderà un sostegno farmacologico per contrastare il disturbo alimentare, un programma alimentare concordato con la nutrizionista e una serie di incontri di psicoterapia, i quali avranno la funzione di elaborare le emozioni negative e di sostenere l'eventuale remissione sintomatica.

Sia L. che la madre si mostrano in sintonia con quanto proposto: vengono quindi fissati i primi appuntamenti con i diversi membri dell'équipe e si stabilisce che gli incontri di psicoterapia si terranno con cadenza bisettimanale e prevedranno la presenza dello psi-

⁸ In un'occasione è arrivata a colpire il muro con diversi pugni, dovendo poi ricorrere a cure mediche alla mano.

cologo strutturato e dello scrivente in qualità di specializzando.

Nel primo incontro (che avviene un mese dopo) la ragazza riferisce di sentirsi “molto meglio”, soprattutto per quanto riguarda la gestione del proprio rapporto con il cibo: non si abbuffa da circa due settimane, come non avveniva da diversi mesi. L. attribuisce il miglioramento principalmente alla decisione di tornare a vivere con la madre; ha infatti comunicato al padre (tramite sms) che non sarebbe più rimasta a vivere con lui.

A tal proposito, riflette sulla difficoltà di affrontarlo di persona per comunicargli la notizia, per timore delle possibili conseguenze, e afferma di desiderare un chiarimento ma di non sentirsi pronta. Al termine dell'incontro non viene fissato l'appuntamento successivo, poiché la ragazza preferisce telefonare per comunicare una data che non si sovrapponga ai suoi impegni universitari.

A questo punto, trascorsi circa dieci giorni, proviamo a contattarla ma non otteniamo risposta. Soltanto negli ultimi giorni del mese, dopo che L. ha mancato anche gli appuntamenti con gli altri membri dell'équipe, si fa viva la madre, che chiede di fissare altri appuntamenti e ribadisce il desiderio di L. di proseguire nel percorso. Ripensando a tale fase del percorso, durante la quale ci sembrava concreto il rischio di *drop out*, ci è apparso necessario soffermarsi sul senso di frustrazione che tale evento avrebbe procurato: sembrava che fossero state poste le basi per un sostegno al processo di cambiamento iniziato dalla ragazza, ma tale possibilità rischiava di chiudersi bruscamente. Il senso di incompiutezza avvertito ha però permesso di interrogarsi sulle possibili resistenze che avevano inficiato la motivazione di L., e questo si è rivelato utile alla ripresa degli incontri.

Si può ipotizzare che L. avesse aderito a

quella che De Tiberiis (2013) indica come area motivazionale della “riuscita”, nella quale spesso la richiesta principale concerne una *performance* di stampo medico. Tale atteggiamento porta l'individuo a simbolizzare se stesso come una “macchina da riparare” e il sintomo come qualcosa di altro da sé che va eliminato al più presto.

Una volta che il sintomo sembra abbandonare la scena, può accadere che l'inclusione nella domanda di un approfondimento e una ridefinizione dei legami interpersonali venga vissuta come una minaccia dalla quale occorre difendersi. A questo punto ci chiediamo come poter definire meglio il percorso, e conveniamo che sia necessario riprendere con la ragazza il discorso sulla sua motivazione, chiarendo gli obiettivi terapeutici.

Quando L. si ripresenta, racconta che ultimamente le sembrava di aver iniziato a gestire il disturbo alimentare e che al contempo recarsi agli incontri programmati le ricordava il disturbo stesso, costringendola a vedersi in un modo in cui non avrebbe voluto.

Riconosce però di “avere bisogno” di intraprendere questo percorso per consolidare la remissione sintomatica e per affrontare alcuni nodi problematici. Le rimandiamo la legittimità del suo disagio, precisando come in questo spazio non sia obbligatorio concentrarsi sugli aspetti più strettamente legati al disturbo, ma possa scegliere di portare i temi che sente più utili. Riprendiamo quindi quanto emerso nell'incontro precedente, nel quale si erano iniziate ad esplorare le dinamiche relazionali che la coinvolgono. L. esprime la sua rabbia nei confronti del padre, che sarebbe in competizione con lei anche riguardo all'aspetto fisico, facendole notare ogni minimo aumento di peso.

Criticerebbe inoltre ogni sua iniziativa in modo esasperato, svalutandola costante-

mente. Il discorso si apre quindi su altri membri della famiglia: il nonno materno ha sempre criticato il comportamento di suo fratello e ha incolpato i genitori degli insuccessi di quest'ultimo, intromettendosi nelle loro scelte educative. Per questi motivi non ha un buon rapporto con lui, mentre si trova bene con la nonna. È ancora in vita anche la nonna paterna, ma è gravemente malata, mentre pare che il nonno paterno fosse molto affezionato ai due nipoti e li "viziasse", pur essendo stato un genitore severo ed esigente. L'incontro si conclude con un ulteriore pensiero sul periodo trascorso a vivere col proprio padre, che in quei mesi avrebbe "conosciuto veramente" perché "si trovava in crisi". Sugeriamo quindi come a sua volta nei mesi scorsi abbia vissuto un momento di crisi, chiedendole se abbia conosciuto qualcosa di più su di sé. L. si mostra colpita da questa prospettiva, aprendo alla possibilità di pensarci. In questo incontro si è rafforzata la fiducia nei confronti del sistema terapeutico, percepito come non giudicante rispetto alle sue perplessità; L. ha potuto dare voce al proprio disagio e si è sentita di dividerlo all'interno di un contesto relazionale che ha iniziato a sentire sicuro, del quale si è "riappropriata" individuando insieme ai terapeuti gli obiettivi da perseguire nello stesso.

All'appuntamento successivo L. appare ansiosa di comunicare gli ultimi sviluppi: è finalmente riuscita ad avere un confronto con il padre, nel quale gli ha espresso le proprie preoccupazioni relative ad una sua reazione aggressiva o addirittura violenta se gli avesse comunicato di persona la volontà di trasferirsi, ricordandogli come ciò fosse già accaduto in passato. Suo padre è apparso imbarazzato e ha cercato di minimizzare l'accaduto, mettendosi a ridere. Riflettiamo sulla rabbia che questo comportamento ha suscitato in

lei, introducendo la possibilità che talvolta le persone reagiscano in modo incongruo all'emozione che stanno provando (in questo caso il senso di colpa) perché sarebbe difficile concedersi di sperimentare appieno tale vissuto. Cogliendo l'occasione di questo atteso confronto, L. è riuscita inoltre a rivelare al padre di aver dovuto affrontare un disturbo alimentare e quanto questo l'abbia fatta stare male. Lui inizialmente non le ha creduto e per questo la ragazza ha deciso di mostrargli alcuni pensieri che aveva scritto per sfogare il proprio malessere. A quel punto suo padre le è sembrato davvero colpito ed ha iniziato a mostrare preoccupazione e partecipazione emotiva, interessandosi al percorso terapeutico che sta seguendo. L. rivela di essersi sentita "presa in giro" dal suo atteggiamento, ma coglie come «per lui sia difficilissimo esprimere la propria emotività». Al termine dell'incontro la ragazza si mostra emozionata sia dal suo stesso racconto che dalla nuova prospettiva in cui vedere suo padre.

Nell'incontro successivo ci soffermiamo su come L. stia vivendo la fase di remissione dal disturbo alimentare: emerge la fatica nel seguire la dieta che le è stata indicata, soprattutto a causa del conseguente aumento di peso, ma anche della mancanza di quella "fonte di soddisfazione" costituita dalle abbuffate e dai successivi periodi di restrizione. Quando le chiediamo se qualcos'altro abbia in parte sostituito questa "soddisfazione", la ragazza si concentra sulle nuove conoscenze che ha fatto in ambito universitario. Si focalizza però sulla precarietà e sulla possibile ambiguità di tali relazioni, che riguardano prevalentemente coetanei maschi, poiché teme che i ragazzi non si accontentino della semplice amicizia. A tal proposito rivive un episodio per lei particolarmente significativo: un'importante amicizia nel periodo del liceo che

si era conclusa proprio a causa dalla gelosia dell'amico, sfociata in pesanti insulti ai quali aveva reagito aggredendolo. Si mostra pentita di questo gesto, perché le ricorda esattamente ciò che suo padre aveva fatto a lei. La seduta si conclude quindi con un'apertura all'approfondimento del conflitto interiore che L. vive tra l'espressione di un'autenticità del proprio sentire e il timore del senso di colpa derivante dal ferire gli altri.

La seduta successiva si apre con una riflessione su come L. sia cambiata in questo periodo: la ragazza afferma di sentirsi maggiormente tollerante¹⁰ con se stessa, di non ricercare più la perfezione, e rispetto alla possibilità di esprimersi nota che si sente meno in colpa quando le capita di dire ciò che pensa. Pensando alle situazioni nelle quali si sente ancora "frenata" dalla preoccupazione di ferire gli altri, racconta del proprio disagio nei confronti della madre⁹ e del nuovo compagno, che sempre più spesso si ferma a dormire presso la loro abitazione. Pur conservando la propria tendenza a mettersi nei panni degli altri, L. esplicita il proprio risentimento, legato soprattutto alle modalità con cui la madre e il compagno vivono la propria storia. Ritiene infatti che lui sia troppo "appiccicoso", per quanto sia una persona "buona" e "intelligente". In particolare non trova giusto che in così poco tempo sua madre abbia portato uno "sconosciuto" a vivere con loro, e rivendica il diritto di decidere con chi vivere. Allo stesso tempo si trova in difficoltà poiché teme la reazione della madre ad un suo eventuale sfogo. Come possibile sintesi di tale situazione di conflitto, esplora la possibilità di trovare una soluzione abitativa autonoma in affitto, motivando la sua scelta alla madre con

un proprio desiderio di maggiore autonomia, non legato necessariamente alla presenza del compagno. Questa modalità (ipotetica) di gestire la situazione costituisce un esempio dei tentativi che L. sta mettendo in atto per cercare di acquisire una più consapevole competenza emotiva, instaurando un dialogo che sostituisca il conflitto tra le diverse parti di sé. Le rimandiamo come occorra innanzitutto legittimarle, accettare che sia presente l'ambivalenza, facendole notare come a pochi minuti di distanza abbia prima preso le parti del compagno della madre preoccupandosi di cosa farebbe¹⁰ se non potesse trasferirsi da loro, per poi dare spazio alla propria frustrazione verso di lui esclamando: «Mi sento a disagio da quando c'è questo c...o di P.». L. si mostra sorpresa e chiede se davvero ha «detto così», scoppiando poi a ridere per lo sfogo che ha espresso in modo così colorito. Concludiamo quindi l'incontro con l'ipotesi che sia possibile instaurare una dinamica di scambio costruttivo tra queste parti in conflitto: non si tratta di un proposito semplice da attuare, ma tramite il lavoro che sta facendo su di sé ha iniziato a porre le basi per un reale cambiamento di alcuni schemi piuttosto rigidi, i quali in passato hanno contribuito al malessere che avvertiva.

Conclusioni

Per quanto il percorso descritto sia ancora in corso, è già possibile individuare alcuni snodi che hanno contraddistinto i movimenti compiuti da L. in questi mesi. Sembra infatti che dopo le titubanze iniziali, le sedute siano diventate per lei un appuntamento importante, che la coinvolge sul piano emotivo e la stimola ad interrogarsi sulle dinamiche relazionali

⁹La madre è stata finora descritta come una figura priva di difetti, verso la quale provava unicamente sentimenti positivi

¹⁰ Il compagno della madre proviene infatti da una città piuttosto distante e non ha altri legami in zona: quando non soggiorna a casa della madre di L. vive in affitto e non ha molte occasioni di relazionarsi con qualcuno.

che vive o ha vissuto in passato. Ha iniziato a percepirsi in un'ottica di maggiore complessità, riuscendo in alcuni momenti a mettere in dubbio alcune definizioni assolute di sé e degli altri significativi, e a concedersi nuovi gradi di libertà nel giudicare se stessa, le proprie capacità e il proprio aspetto fisico. Comincia gradualmente a concedere spazio a riflessioni critiche sulle persone che la circondano, in particolare sui suoi genitori. Entrambi infatti sembrano perdere la connotazione di figure "mitizzate", assumendo sempre più i contorni di persone "reali" con le loro qualità, risorse, debolezze e fragilità. Questo cambiamento di prospettiva appare ancor più significativo in quanto si colloca in una fase del ciclo di vita nella quale è frequente l'emergere di spinte verso uno svincolo e una maggiore autonomia, come si può osservare dal suo desiderio, ancora accennato ma presente, di avere una propria fonte di sostentamento mediante il lavoro e una conseguente autonomia abitativa. Può essere inoltre interessante esplorare il ruolo svolto dal setting terapeutico inusuale che ha finora caratterizzato il percorso psicoterapeutico. Se infatti la terapia sistemica individuale è ormai una prassi consolidata che consente un "puntuale lavoro epistemologico" che non tralasci il "lavoro con gli altri significativi a livello immaginativo" (Telfener, 1991), può apparire di difficile inquadramento un contesto nel quale due terapeuti, per di più entrambi di sesso maschile, si relazionano con una paziente. L. non ha però mostrato difficoltà ad adattarsi a questa situazione: ha apprezzato che «in questo modo è possibile avere a disposizione più punti di vista», e si è forse sentita valorizzata dall'aver due persone, che, come ha più volte ribadito «sono lì per aiutarla». Considerando poi le difficoltà relazionali che ha esperito con le figure maschili di riferimento (il padre, ma anche il non-

no materno), si può ipotizzare che instaurare una relazione di fiducia con figure maschili percepite come rassicuranti e disponibili possa rappresentare un'occasione di parziale "bonifica" rispetto a tali rapporti. In sostanza, quello che inizialmente poteva sembrare un fattore di confusione si sta rivelando una risorsa, un "surplus" che può arricchire la sua esperienza psicoterapeutica.

Bibliografia

- Ammaniti M, Fontana A, Di Marco G. (2012). *La valutazione dei processi di strutturazione della personalità in adolescenza: l'intervista IPOP-A*. In Madeddu F; Preti E, a cura di, *La diagnosi strutturale di personalità secondo il modello di Kernberg*. p. 111-124, Milano: Raffaello Cortina
- Bruch H., (1977), *Patologia del comportamento alimentare*, Milano: Feltrinelli
- Bruch H., (1989), *La Gabbia d'oro. L'enigma dell'anoressia mentale*, Milano: Feltrinelli
- De Pascale A. (1991), *I disturbi alimentari psicogeni*, in Malagoli Togliatti M., Telfener U., a cura di, *Dall'individuo al sistema*, Torino: Bollati Boringhieri
- De Tiberiis G. V. (2013), *Il tema della motivazione alla terapia nei percorsi dell'ottica sistemico-relazionale*. Psicobiettivo volume XXXIII, Maggio - Agosto 2013
- Guidano, V. F. (1988), *La complessità del Sé*, Torino: Bollati Boringhieri
- Gurman A. S., Kniskern D. P., (1995), *Manuale di Terapia della Famiglia*, Torino: Bollati Boringhieri
- Minuchin S., Rosman Bernice L., Baker L., (1980), *Le Famiglie Psicomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*, Roma: Astrolabio
- Nucara G., (1995), *La ricerca del padre perduto nella terapia della anoressia e della bulimia*, Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria, 2-3, pp. 219-232
- Recalcati M., (2002), *Clinica del vuoto. Anoressie, dipendenze, psicosi*, Milano: Franco Angeli
- Senin F., (1997), *La funzione paterna*, ABA news-trimestrale dell'associazione per lo studio e la ricerca sull'anoressia, la bulimia e i disordini alimentari, anno V, N°18
- Selvini Palazzoli, M., (1963), *L'anoressia mentale. Dalla terapia individuale alla terapia familiare*, Milano: Feltrinelli

- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., (1988), *Giochi Psicotici nella Famiglia*, Milano: Raffaello Cortina
- Selvini Palazzoli M. (1989), *Sul fronte dell'organizzazione. Strategie e tattiche*, Milano: Feltrinelli
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Selvini M., Sorrentino A. M., (1998), *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Milano: Raffaello Cortina
- Telfener U., (1992), *La terapia individuale sistemica*, in Malagoli Togliatti M., Telfener U., a cura di, *Dall'individuo al sistema*, Torino: Bollati Boringhieri
- Ugazio V., (1998), *Storie permesse, storie proibite*, Torino: Bollati Boringhieri



La famiglia come risorsa nei disturbi del comportamento alimentare: nuove prospettive di cura

Anna Vecchia¹

Sommario

Il presente elaborato nasce dalla volontà di approfondire l'importanza del coinvolgimento familiare nel trattamento di soggetti adolescenti con Disturbo del Comportamento Alimentare (DCA), considerando i componenti della famiglia non più come causa ma come fondamentale risorsa per la guarigione. L'idea di trattare questo argomento sorge dall'esperienza svolta dall'autrice presso gli ambulatori dei Disturbi del Comportamento Alimentare dell'ospedale di Piacenza.

L'intento dell'elaborato è quello di esporre, attraverso la presentazione di un caso clinico, gli assunti del Metodo Maudsley: collocato nell'ambito della Family Based Therapy, propone di coinvolgere attivamente la famiglia del soggetto con DCA, fornendo ai suoi componenti conoscenze per comprendere meglio la malattia e strumenti pratici, utili a favorire la gestione dei sintomi.

Parole chiave

Disturbi del comportamento alimentare, Anoressia nervosa, coinvolgimento della famiglia, terapia familiare, Metodo Maudsley, cura dei disturbi del comportamento alimentare.

Abstract

This working document arised from desire to deepen the importance of family involvement in treatment of teenagers with eating disorders, considering family members as active part during the healing process and not anymore as cause. The idea of approaching this subject is born from the activities that the auhtor has been done at the Eating disorder department at Piacenza's hospital.

The purpose of this statement is to explain the principles of the Hospital Maudsley's method through the submission of a clinical case: in the Family Based Therapy field, it proposes to actively involve family members of the person with eating disorder by giving them theoretical and practical tools useful to help during the healing process.

Key words

Eating disorders, Anorexia nervosa, family involvement, family-based treatment, Maudsley Approach, treatment of eating disorders.

¹Anna Vecchia: allieva 2 anno Idipsi mail: mimise@tiscali.it

Introduzione

I Disturbi del Comportamento Alimentare hanno da tempo raccolto una particolare attenzione da parte dei clinici sistemici, ai quali va riconosciuto il merito di aver proposto e sviluppato nuovi approcci coi quali provare a leggere disturbi di questo tipo. Oggi sono molte le ricerche che hanno messo in evidenza l'efficacia del coinvolgimento dei familiari dei pazienti con DCA e della terapia familiare, soprattutto nei casi di adolescenti affetti da Anoressia Nervosa, idea ormai condivisa anche dalla comunità scientifica internazionale e supportata da Linee Guida come NICE e APA. Meno numerosi sono gli studi che hanno indagato l'efficacia del coinvolgimento della famiglia nel processo di guarigione della Bulimia Nervosa, anche se alcune ricerche hanno mostrato risultati promettenti (Abbate Daga, Notaro, Urani, Aminto, Fassino, 2011) e nell'aggiornamento delle Linee Guida NICE per i disturbi alimentari, pubblicato nel maggio 2017, viene raccomandato come intervento di prima scelta per pazienti adolescenti con Bulimia Nervosa quello basato sulla famiglia.

Il presente elaborato nasce dal frequente riscontro di difficoltà, riportate dai genitori che transitano negli Ambulatori DCA di Piacenza, nel comprendere ed interagire con figlie affette da DCA. Considerando le riflessioni emerse dai membri di una famiglia che ha partecipato al programma di incontri previsto dal Metodo Maudsley, e percorrendo dunque le tappe da loro compiute, il tentativo non è solo quello di descrivere cosa questo metodo preveda, ma anche di utilizzare le chiavi di lettura sistemiche per cercare di ipotizzare quale possa essere il modo più consono per continuare a sostenere questa famiglia.

Il vissuto delle famiglie

Presso gli Ambulatori dei Disturbi del comportamento alimentare è frequente riscontrare la difficoltà, da parte dei genitori delle pazienti, di interagire con la propria figlia, ma anche la volontà di capire quale sia il modo più corretto di relazionarsi con lei. Vivere a stretto contatto e prendersi cura di una persona affetta da Disturbo del Comportamento Alimentare pare non sia un compito facile: spesso si associa ad elevati livelli di stress psicologico e scarsa qualità di vita dei genitori (Kyriacou, Treasure e Shmidt, 2008).

In primo luogo, i genitori possono non conoscere e dunque non comprendere a fondo la malattia del figlio, svalutandone la rilevanza o descrivendo il problema come qualcosa che riguarda solo il paziente; inoltre, essi possono riportare una grande preoccupazione per la salute futura della figlia, accompagnata quasi sempre da un senso di colpa dilagante legato ad un qualcosa, di solito non ben definito, commesso dai genitori stessi, che avrebbe causato nella figlia l'esordio della malattia. Questo anche perché per tanto tempo la famiglia con membro affetto da DCA è stata considerata dalla letteratura come causa della malattia (Le Grange, Lock, Loeb, Nicholls, 2010). La stessa Selvini Palazzoli con i suoi collaboratori l'hanno inizialmente sostenuto, poi successivamente hanno corretto il tiro, rendendosi conto di indossare lenti distorte mentre cercavano di descrivere madri e padri delle pazienti anoressiche, come fossero accomunati da aspetti simili (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1998).

Alcuni genitori possono presentare attribuzioni negative legate ai disturbi alimentari, visti come un tratto di personalità: il figlio quindi è considerato responsabile del problema (Haigh, Whitney, Weinman, Treasure,

2002) e questo può far sì che essi se la prendano con lui piuttosto che con la malattia che lo affligge. Può essere difficile assistere ai rituali collegati al disturbo alimentare: alcuni genitori si adattano a questi comportamenti, altri non riescono a tollerarli, sopraffatti dal non sapere se e quando si interromperanno (Holliday, Wall, Treasure, Weinman, 2005). Può diventare difficile per i familiari gestire le relazioni allargate all'interno del nucleo, destreggiandosi tra le necessità della persona affetta da DCA e le necessità delle altre persone, ad esempio di altri figli (Haigh et al., 2002): alcuni membri possono risentirsi o arrabbiarsi per gli effetti che la malattia ha sulla famiglia.

La comunicazione all'interno della famiglia inoltre può diventare difficile (Gowers e North, 1999), e questo sembra essere correlato alla cosiddetta *emotività espressa* (EE), che riflette l'ammontare di criticismo, ostilità e/o ipercoinvolgimento emotivo espresso dai parenti di pazienti psichiatrici verso di loro. Per Hooley e Campbell (2002) piuttosto che essere un tratto o uno stato dei familiari, l'EE riflette l'interazione dinamica tra i fattori del paziente e quelli del congiunto: è come se in qualche modo riflettesse un'interazione disfunzionale tra le esigenze del figlio e la risposta impreparata dei genitori ad un cambiamento inaspettato e fuorviante che coinvolge tutta la famiglia (Treasure, Smith e Crane, 2007).

Il caso di Elena: una lettura sistemica

Elena è una ragazza di 20 anni che frequenta l'università e vive in una famiglia composta da un fratello più piccolo di qualche anno e dai due genitori. E' arrivata presso gli Ambulatori dei Disturbi del comportamento alimentare nel dicembre 2016, accompagnata dalla mamma: ha raccontato di aver

bisogno di aiuto, di avere un problema con il cibo che va avanti da circa due anni, con pensieri molto rigidi legati ad esso, condotte di restrizione e vomito autoindotto. E' stata quindi attivata la presa in carico ambulatoriale medica, nutrizionale (anche con il pasto assistito per quanto riguarda il pranzo), psicoterapeutica individuale e psichiatrica. La mamma di Elena ha riportato che sia lei che suo marito sono molto allarmati dai comportamenti della figlia, dichiarando di vivere in una continua preoccupazione per la sua salute. In particolare di aver cominciato a controllare in modo assillante la sua alimentazione, con conseguente conflittualità nel rapporto con Elena e rabbia da parte del fratello più piccolo che si sente, a detta loro, trascurato. A metà di questo primo colloquio è stata fatta uscire la mamma per somministrare l'EDI-3 alla ragazza; in quel frangente si è messa a piangere, raccontando brevemente la tensione che vive in casa. Descrive la mamma come rispettosa dei suoi spazi di figlia ma, da una parte, troppo concentrata sull'altro figlio per via del suo andamento scolastico, dall'altra, molto esigente nei confronti di Elena; il papà come figura più assente a causa del lavoro, più rigido, assillante e a volte squalificante nei confronti della figlia. Inoltre Elena accenna al fatto che un paio di anni prima ci sono state delle tensioni tra i genitori, e da quel momento la loro relazione non è più la stessa.

Viene dunque avanzata la proposta di un sostegno psicologico ai genitori, nonché di una terapia familiare che coinvolga tutta la famiglia. Possibilità, quest'ultima, che viene accolta ma al momento rimandata a causa di impegni del papà e del fratello. La mamma di Elena accetta l'appoggio psicologico, dichiarandosi disperata ed esausta. Si reca presso gli ambulatori ogni 15 giorni circa,

dove porta la sua forte preoccupazione per la figlia e per le dinamiche familiari, accompagnata dal bisogno di capire come è meglio comportarsi.

Sulla base delle informazioni raccolte da Elena e dai suoi genitori, si è ipotizzato che il sintomo potesse in qualche modo rappresentare un tentativo da parte della ragazza di diventare indipendente, attraverso il rifiuto del cibo, e di riportare armonia tra i genitori, attraverso la loro alleanza sorretta dalla comune preoccupazione per la salute della figlia. Secondo le terapeute, è come se Elena si trovasse in una posizione ambivalente, in quanto, pur sembrando consapevole e motivata ad abbandonare il sintomo che la fa stare male, sa anche che se lo abbandonasse l'alleanza tra i genitori probabilmente svanirebbe.

Le varie chiavi di lettura presenti in letteratura hanno permesso di individuare possibili pattern relazionali di questa famiglia che hanno aiutato nel percorso di cura, come il *modello psicosomatico* di Minuchin (1980), che ha permesso di vedere come l'invischiamento familiare si esprime attraverso il controllo assillante da parte dei genitori rispetto all'alimentazione della figlia; come l'iperprotezione dei genitori si rivela nella continua preoccupazione in cui essi vivono e che li porta a rinunciare a qualsiasi loro attività per non lasciare Elena sola in casa; l'evitamento del conflitto si realizza attraverso una deviazione dell'attenzione che si sposta dalle tensioni nella coppia genitoriale e ricade totalmente sulla ragazza, trascurando forse in parte il fratello minore che in casa ora esprime la sua rabbia perché non è più al centro; infine la rigidità della famiglia si ritrova nel fatto che i genitori considerino la figlia come malata.

Altro aspetto di particolare rilevanza è stato

constatare come in questa famiglia prevalesse la semantica del potere, così come viene detto da Ugazio (2012): Elena si oppone alle richieste familiari rifiutando il cibo ed esibendo il suo corpo emaciato, mentre i genitori, non accettando di "perdere" e adeguarsi a questa scelta, lottano ad esempio controllando l'alimentazione ed il peso della figlia.

Altri aspetti significativi sulle dinamiche relazionali emergono dai colloqui con la ragazza, dove riporta che il padre è una persona molto rigida che ha provato più volte in modo insistente a spronarla perché lei cambiasse, in particolare rispetto al cibo e all'attività fisica; l'atteggiamento del padre era squalificante in quanto ogni volta che Elena provava ad esprimersi lui la interrompeva senza ascoltarla e questo faceva sentire la figlia poco capita ed accettata. Il padre, convinto che i suoi fossero fondamentalmente capricci, metteva in atto una disconferma, che, secondo Watzlavick, Beavin e Jackson (1967), si realizza quando non si tiene conto di «come il soggetto agisce, cosa prova, che senso dà alla sua situazione»: attraverso la disconferma «si denudano di ogni valore i suoi sentimenti, si spogliano i suoi atti delle motivazioni, intenzioni e conseguenze, si sottrae alla situazione il significato che ha per lui, e così egli è totalmente mistificato e alienato» (pag. 77). Il padre di Elena, non comprendendo la malattia, rischiava di cronicizzare la condizione di instabilità ed incertezza presenti nella figlia, influenzando negativamente sulla sua sicurezza e sulla costruzione dell'identità.

Per quanto emerso, come equipe si è ritenuto utile proporre di partecipare agli incontri di gruppo per genitori, con inizio a marzo 2017, proposta che viene accolta. I genitori così partecipano con continuità al ciclo di

incontri, insieme ad altri 11 genitori, condotti dalla psicoterapeuta e dalla dietista del Servizio, seguendo il Metodo Maudsley.

Verso la guarigione: il metodo Maudsley

Per la cura di un disturbo alimentare viene attivata la presa in carico individuale rivolta al paziente ma risulta auspicabile coinvolgere, laddove sia possibile, anche i membri del nucleo familiare. Selvini Palazzoli et al. nel 1998 indicavano già, come formato ideale per i colloqui, di alternare sedute familiari, in cui affrontare il gioco familiare tentando di modificarlo, e, sedute individuali con la paziente, in cui si cerchi di restituirle la posizione di protagonista.

Alla luce dei vissuti riportati dai diversi genitori incontrati, sembra effettivamente delinearsi la necessità di uno spazio da dedicare esclusivamente ai genitori stessi, con l'obiettivo di "formarli" fornendo loro delle conoscenze che possano aiutarli non solo a comprendere la malattia, ma anche delle abilità pratiche che permettano di gestire le loro stesse reazioni di fronte alla malattia e quindi di creare concretamente un ambiente che contribuisca al cambiamento.

Il Metodo Maudsley nella cura dei DCA, sviluppato tra gli anni 1970-1980 all'interno dell'ospedale londinese dal quale prende il nome, sembra rispondere a quelle che sono le esigenze riportate dai familiari di quanti soffrono di un disturbo alimentare. Il metodo ha come fine ultimo quello di far comprendere ai genitori il ruolo fondamentale che potrebbero avere nel processo di guarigione del proprio figlio, facendo sì che essi, muniti di adatti strumenti e conoscenze, riescano a vedersi come parte della soluzione piuttosto che come causa del problema.

Il Metodo Maudsley si basa su alcuni assunti principali, da condividere con i genitori dei

pazienti. Si parte sottolineando l'importanza di concepire i propri figli come separati rispetto la malattia, in modo che la colpa e la rabbia non vengano indirizzate verso la persona che soffre (Treasure et al., 2007). Un altro assunto fondamentale riguarda la possibilità di proporre una concezione agnostica rispetto alle cause della malattia: la famiglia di pazienti con DCA non si trova più nella posizione di causa del disturbo, bensì di risorsa, ponendo come obiettivo fondamentale quello di alleviare il senso di colpa relativo all'insorgenza del disturbo. In questo modo sarà possibile lavorare con la famiglia, aiutandola a scoprire le proprie risorse e a trovare soluzioni ai problemi, sviluppando la capacità di adoperarsi al meglio verso cambiamenti positivi (Treasure et al., 2007).

Inoltre, il focus dell'approccio è sui fattori interpersonali di mantenimento della malattia: la presenza di un disturbo alimentare comporta la modificazione delle interazioni familiari, alterando la qualità delle relazioni e contribuendo al mantenimento del sintomo (Treasure, Sepulveda, MacDonald, Whitaker, Lopez, Zabala et al., 2008), evidenziando così l'impossibilità di cambiare schemi rigidi e disfunzionali rispetto alla guarigione. Si affronta anche l'argomento di quella che è la comunicazione tra carers e pazienti in un momento così faticoso, e si cerca di migliorare quelle capacità dei genitori legate all'ascolto e alla comprensione dei segnali non verbali, all'empatia e alla possibilità di fronteggiare le resistenze legate alla malattia (Treasure et al., 2007).

Secondo uno dei presupposti centrali di questo metodo, senza che vengano fornite le informazioni adatte, i familiari sono impotenti e non possono svolgere nel modo più corretto un così delicato lavoro di sostegno: per questo propone una serie di incontri

aperti ai familiari che si prendono cura dei pazienti con DCA. Al termine di questi incontri viene “consegnata” ai *carers* una vera e propria cassetta degli attrezzi che deve contenere sia strumenti teorici, per comprendere la malattia e le sue conseguenze sul corpo e sul pensiero, sia strumenti pratici, utili a favorire la gestione e la risoluzione dei sintomi (Treasure et al., 2007).

Con il Metodo Maudsley si cerca quindi di fornire ai *carers* una guida chiara e diretta relativa al modo in cui interagire con i propri figli, per favorire, in primo luogo, un contesto relazionale più sereno per gli uni e gli altri, ed inoltre per permettere che questa guida non sia un intralcio ma anzi sia costruttiva per il percorso di guarigione del paziente.

La testimonianza della famiglia di Elena

I genitori di Elena, dopo aver partecipato al ciclo di 6 incontri previsti dal Metodo Maudsley, si mostrano molto soddisfatti di aver partecipato, e decidono di proseguire insieme i colloqui di sostegno psicologico genitoriale, condotti dall'autrice di questo testo e dalla collega psicoterapeuta che aveva già seguito la mamma fino a quel momento. Nell'ambito di questi colloqui la coppia riporta di essersi sentita finalmente capita, trovando negli altri genitori presenti al gruppo la possibilità di confrontarsi relativamente ad episodi comuni legati alla malattia dei figli e in questo modo di sostenersi reciprocamente.

Il padre in particolare afferma di aver riflettuto sulle possibili fasi attraversate dalla figlia dopo che, nel presentare le caratteristiche della malattia, sono stati elencati i diversi stadi di cambiamento che le persone che soffrono di DCA solitamente vivono: per tanto tempo lui e la moglie hanno preteso da Elena che cambiasse, che interrompesse i

suoi comportamenti legati alla malattia, probabilmente non accorgendosi che queste richieste venivano fatte in una fase in cui la loro figlia non aveva ancora nemmeno preso in considerazione l'idea di un possibile cambiamento (Treasure et al., 2007). Inoltre afferma di essersi riconosciuto in alcuni pregiudizi presentati, in particolare quelli che considerano le famiglie come principali responsabili dell'insorgenza di un DCA, e che le persone scelgano di avere la malattia e lo facciano per ricercare attenzione. Con la spiegazione multidimensionale dei Disturbi del Comportamento Alimentare, in cui sono stati analizzati tutti i fattori predisponenti, precipitanti e perpetuanti (Treasure et al., 2007), il padre riporta di aver capito di più e di essersi in parte liberato dai sensi di colpa. La madre di Elena racconta di essere rimasta parecchio impressionata dagli effetti fisiologici e soprattutto psicologici della severa e prolungata restrizione dietetica calorica presentati nell'ambito del Minnesota Study (Keys, Brozek, Henschel, Mickelsen, Taylor, 1950). Ha riconosciuto, tra i gravi effetti comportamentali e psicologici dei partecipanti alla ricerca, alcuni comportamenti della figlia, tra i quali rituali alimentari mai avuti prima (come mangiare lentamente o tagliare il cibo in piccoli pezzi), forte preoccupazione legata a cibo e forma fisica, diminuzione della capacità di concentrazione, importanti sbalzi di umore: questo l'ha aiutata in qualche modo a deresponsabilizzare Elena da quei comportamenti che le sembravano prima così incomprensibili. Un altro aspetto che lei ha trovato utile è quello legato all'analisi dei vari stili che i genitori adottano come reazione istintiva al disturbo alimentare della propria figlia: durante gli incontri vengono infatti presentate le più comuni reazioni emotive dei genitori, utiliz-

zando alcune metafore animali (Treasure et al., 2007). La madre si è pienamente riconosciuta nella descrizione del “genitore medusa”, emblema di una risposta emotiva troppo trasparente, comprendendo quanto quel modo di interagire con Elena non aiutasse la figlia e non facesse altro che mantenere i suoi sintomi.

E' stato infine chiesto alla ragazza se avesse notato un cambiamento nell'atteggiamento dei genitori nei suoi confronti, dopo aver partecipato al corso. Elena ammette che, nel momento in cui i genitori le hanno comunicato la loro intenzione di partecipare agli incontri, l'idea l'aveva inizialmente preoccupata; poi capendo meglio che tipo di incontri fossero, l'ha accettato. Riporta di aver sentito i suoi genitori diventare meno stressanti nei suoi confronti; dice che, se prima la sua famiglia viveva come fosse concentrata solo sulla sua malattia, oggi essa è riuscita a guardare oltre la malattia. I suoi genitori si sentono più liberi, permettendosi anche di uscire a cena con degli amici e di andare in vacanza, attività che prima erano state interrotte per non lasciarla sola e incontrollata. Infine la ragazza riflette sulla effettiva difficoltà da parte dei genitori, in particolare del padre, di comprendere ciò che avviene dentro di lei; afferma che forse l'essere entrati a conoscenza degli aspetti della malattia, li può avere aiutati anche solo ad immaginare quello che lei stessa prova e dunque a cambiare approccio, allentando un poco la presa nei suoi confronti.

Impressioni e ipotesi future

La sensazione come equipe è che la partecipazione dei genitori di Elena al corso Maudsley possa aver avuto un'effettiva utilità in quanto potrebbe essere stato per loro un contesto all'interno del quale conosce-

re meglio la malattia della figlia e riflettere, senza sentirsi criticati, sulle strategie fino ad allora utilizzate per spronare la figlia a cambiare, risultate inefficaci. Il passaggio successivo che potrebbe essere compiuto nei colloqui coi genitori è di esaminare insieme quelle che sono state le tentate soluzioni risultate poi inefficaci per preparare un contesto aperto verso l'emergere di nuove possibilità, così come suggerisce White (1992). Inoltre, prima di partecipare al corso, i genitori avevano rifiutato di venire insieme ai colloqui per mancanza di tempo da parte del padre: venire al corso può essere stato utile anche per costruire un certo grado di fiducia da parte loro. Come scrive Selvini Palazzoli (2006) «se un genitore vive la consultazione familiare solo come l'essere ingiustamente accusato e colpevolizzato» vivrà l'esperienza delle sedute in modo negativo (pag. 59); forse la partecipazione al corso da parte dei genitori di Elena può essere vista anche come creazione di un terreno fertile che permettesse loro di fidarsi dei terapeuti e recarsi successivamente ai colloqui senza sentirsi causa del problema. Per permettere che i genitori non si sentissero criticati durante i colloqui si è cercato di lasciare ampio spazio alla sofferenza di entrambi, creando un contesto empatico ed accogliente.

Si può affermare che l'intervento terapeutico con i genitori di questa ragazza può consistere nell'identificazione di modalità alternative a quelle abituali che permettano alla famiglia di vedere nuove strade percorribili: come scrive Cecchin, «nella terapia sistemica si tenta di disfare tutto il lavoro che negli anni ha provocato problemi alla famiglia, [...] il tradizionale, usuale modo di insegnare ed educare». Questi genitori hanno bisogno di «un contesto di apprendimento in cui le persone possono trovare nuove regole, nuove

premesse per la loro organizzazione» (Boscolo, Cecchin, Hoffman, Penn, 2004, pag. 161) e sarà possibile se ci si pone nei loro confronti in modo neutrale.

L'obiettivo dunque sarebbe quello di spostare l'attenzione dal cibo alle relazioni familiari e di coppia per far sì che i componenti comprendano meglio il gioco di alleanze che è stato ipotizzato, offrendo ai genitori di Elena uno spazio terapeutico che non sia orientato a "distruggere", rimanendo solo sui meccanismi disfunzionali, ma piuttosto a "costruire", sfruttando le risorse della famiglia.

Conclusioni

Il Metodo Maudsley sottolinea l'importanza di fornire più informazioni possibili ai genitori per quanto riguarda i disturbi alimentari dei figli e le conseguenze a livello non solo fisico e fisiologico, ma anche psicologico, emotivo e comportamentale (Treasure et al., 2007); tutto questo con il doppio scopo di favorire un atteggiamento empatico dei genitori nei confronti della figlia e permettere che loro stessi si percepiscano come fondamentali nel processo di cambiamento. Questo è in accordo con i suggerimenti di White (1992): l'autore sottolinea quanto sia importante che i membri della famiglia imparino a vedere i problemi come entità separate dalla persona, ad esempio spiegando loro le caratteristiche dell'Anoressia nervosa, i suoi meccanismi di funzionamento e le conseguenze a livello non solo medico ma anche psicologico e psichiatrico. In questo modo i familiari potranno essere in grado di attribuire i comportamenti sintomatici alla patologia, senza incolpare la figlia.

La comprensione profonda da parte dei genitori di quegli aspetti che sono più nascosti rispetto ad altri invece visibili, po-

trebbe essere la base per la costruzione di una relazione reciprocamente empatica tra genitori, fratelli (laddove fossero presenti) e figlia, in quanto persona che porta una sofferenza, «aiutando (...) i genitori e i fratelli a compiere il medesimo movimento empatico verso di lei» (Selvini Palazzoli et al., 1998, pag. 96). Questo permetterebbe ai genitori di «accompagnare il figlio verso una critica esplicita, circoscritta e costruttiva ai familiari (e non più muta, generica, assurda e autodistruttiva), aiutandolo mediante la contemporanea conquista da parte dei genitori di una consapevolezza autocritica altrettanto circoscritta e costruttiva, attraverso cui essi usciranno dall'impotenza dei sensi di colpa massicci e indifferenziati per orientare la propria opera di riparazione» (Selvini Palazzoli et al., 1998, pag. 96).

Il metodo in questione sembra togliere i genitori dalla posizione di causa della malattia, responsabilizzandoli e spostandoli nella nuova posizione di impareggiabile risorsa per permettere al figlio di guarire. Perché questo avvenga è fondamentale dunque che i componenti della famiglia vivano quello che Rubenstein in Nabarro (1996) chiama *insight sistemico*, riferendosi a quel processo che permette di modificare la propria percezione interna di sé e passare da "semplice pedina" a "potente promotore" di cambiamento. Questo passaggio più educativo, se avviene, può diventare a volte un fondamentale terreno fertile perché l'intervento terapeutico parta con delle buone premesse basate sulla fiducia, sulla comprensione e sull'empatia.

Bibliografia

- Abbate Daga, G., Quaranta, M., Notaro, G., Urani, C., Aminto, F. & Fassino, S. (2011). Terapia familiare e disturbi del comportamento alimentare nelle giovani pazienti: sta-

- to dell'arte. *Giornale Italiano di Psicopatologia* 17: 40-47.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. e Penn, P. (2004). *Clinica sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Gowers, S. & North, C. (1999). Difficulties in family functioning and adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry* 174: 63-66.
 - Haigh, R., Whitney, J., Weinman, J. & Treasure, J. (2002). Caring for someone with an eating disorder: An exploration of carers' illness perceptions, distress, experience of caregiving, and unmet needs. *Personal communication*.
 - Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa. A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders* 37: 50-56.
 - Hooley, J. M. & Campbell, C. (2002). Control and controllability Beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. *Psychological Medicine* 32 (6): 1091-1099.
 - Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation*. University of Minnesota Press.
 - Kyriacou, O., Treasure, J. & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders* 41: 233-242.
 - Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K. & Nicholls, D. (2010). Academy for Eating Disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43: 1-5.
 - Minuchin, S. (1980). *Famiglie psicosomatiche. L'anoressia mentale nel contesto familiare*. Roma: Astrolabio.
 - Rubenstein Nabarro, N. (1996). L'effetto bilancia e l'insight sistemico nella terapia di coppia. In Andolfi, Angelo, De Nichilo (1996), 195-214.
 - Selvini Palazzoli, M. (2006). *L'anoressia mentale*. Milano: Raffaello Cortina.
 - Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M. (1998). Milano: Raffaello Cortina.
 - Treasure, J., Smith, G. D. & Crane, A. M. (2007). *Skills-based Learning for Caring for a Loved One with an Eating Disorder: The New Maudsley Method*. London: Routledge.
 - Treasure, J., Sepùlveda, A., MacDonald, P., Whitaker, P., Lopez, C., Zabala, M. et al. (2008). Interpersonal maintaining factors in eating disorder: Skill sharing interventions for carers. *International Journal of Child and Adolescent Health* 1 (4): 331-338.
 - Ugazio, V. (2012). *Storie permesse storie proibite. Polarità semantiche familiari e psicopatologiche*. Torino: Bollati Boringhieri.
 - Watzlavick, P., Beavin, J. H., Jackson, D. D. (1967). *Pragmatica della comunicazione umana*. Roma: Astrolabio.
 - White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio.

Verità e pregiudizi in una storia di tossicodipendenza in SPDC

Veronica Torri¹

Sommario

Questo articolo è la prospettiva di un'allieva del primo anno di una Scuola di Psicoterapia che, navigando nell'incertezza delle prime miglia marine si è posta alcune domande alla ricerca di ruolo, significato e modalità di essere psicoterapeuti, dello stare in relazione col paziente. Le riflessioni sono partite dalle esperienze vissute durante il tirocinio post lauream, rilette alla luce di alcuni concetti cardine proposti durante le lezioni. Un viaggio attraverso i vari terapeuti possibili, le storie che curano, un cannocchiale puntato sul concetto di "irriverenza", sull'importanza dell'incontro tra il sistema paziente e il sistema terapeuta, entrambi con le proprie premesse e i propri pregiudizi. La creazione nello spazio di cura di un sistema paziente-terapeuta con nuovi pregiudizi nuove premesse, che permettano, attraverso la creatività, di giungere a tante storie e altrettanti possibili finali.

Parole chiave

Pregiudizi, irriverenza, sistema paziente-terapeuta, creatività, storie che curano, finali possibili.

Summary

This article is the perspective of a first year student of a School of Psychotherapy who, sailing the uncertainty first sea miles, asked some questions in search of role, meaning and modalities of being psychotherapists. The author's reflections started from the past experiences experienced during the post-graduate internship, re-read in light of some key concepts proposed during the lessons. A journey through the various possible therapists and the stories they take care of, a telescope focused on the concept of "irreverence" and on the importance of the encounter between the patient system and the therapist system, both with their own stories, their premises and their own prejudices. The creation into the space of care of a patient-therapist system with new prejudices new premises, which allow the new system, through creativity, to reach many stories and as many possible endings.

Key words

Prejudices, irreverence, patient-therapist system, creativity, stories that cure, final possibilities.

¹Veronica Torri: allieva I anno Idipsi mail: vr.torri@gmail.com

“Le verità riverite dalla pratica quotidiana non sono comandamenti incisi sulla pietra ma punti di riferimento provvisori che in parte contano, in parte no” (Cecchin, Lane, Ray, Irriverenza 1992).

La frase sopra citata è per me un punto di partenza, un’idea che vorrei tener presente durante gli anni che verranno.

Iniziare un percorso per diventare Psicoterapeuti implica, per come lo sto vivendo io, l’imparare a stare nell’incertezza, a liberarsi di quei pilastri che per anni sono state le colonne d’Ercole imposte dai percorsi di formazione, i capi saldi irrinunciabili per approcciare al paziente in modo “corretto”.

I pregiudizi in terapia: come i pregiudizi influenzano il sistema terapeutico.

I pregiudizi del terapeuta.

I pregiudizi di un individuo ne influenzano il comportamento nel lavoro clinico quanto nella vita. È di estrema importanza quindi, che il terapeuta riconosca e discuta durante la terapia, in che modo le sue azioni sono un prodotto dei suoi pregiudizi, derivanti dalla sua storia personale.

Nel libro “Verità e Pregiudizi, un approccio sistemico alla psicoterapia” Cecchin e colleghi individuano alcuni pregiudizi rispetto al tema dell’aiuto, classificando due gruppi di terapeuti.

Un gruppo, definito “Terapeuti feriti”, ha la convinzione che le persone abbiano bisogno di calore, comprensione e a volte amore, questo li porta spesso a voler insegnare alle persone come raggiungere un ideale.

L’altro gruppo, denominato “terapeuti missionari”, sente invece di provenire da famiglie molto sane e di salde tradizioni.

L’approccio terapeutico di questi ultimi sembra comportare la trasmissione di quelli che considerano modelli relazionali sani che loro

stessi avevano sperimentato nell’infanzia.

Sia i pregiudizi del “terapeuta ferito” sia quelli del “terapeuta missionario” portano il paziente ad essere dipendente dall’amore del terapeuta.

I pregiudizi del paziente

Anche i pazienti che si avvicinano alla terapia posseggono pregiudizi molto rigidi che li portano presumibilmente ad avere un elevato grado di insicurezza.

I pazienti e le famiglie si tengono stretti a un pregiudizio che potrebbe influenzarne l’identità. (Jackson 1976c). Il terapeuta viene visto come colui che va a minacciare queste radicate convinzioni. Spesso le persone non vogliono comunicare i loro pregiudizi più sacri perché così facendo potrebbero venire minacciate persino le loro più intime relazioni.

La relazione tra pregiudizi del paziente e quelli del terapeuta.

Le interazioni in atto tra noi e la famiglia dovrebbero facilitare le domande sulle nostre premesse. Non solo noi interveniamo sui loro sistemi, ma le famiglie intervengono sui nostri aiutandoci a migliorare il nostro pensiero sistemico.

È necessario considerare l’interazione tra i vari pregiudizi all’interno dello stesso gruppo. In quest’ottica può accadere che i pregiudizi personali riguardanti l’essere di aiuto o il desiderio di rivelare la realtà al paziente possano a volte prevalere sui modelli terapeutici maggiormente riconosciuti. Secondo Cecchin considerare il paziente come un individuo sofferente e bisognoso di aiuto e compassione per superare i suoi problemi, può essere irrispettoso.

Non importa quanto un terapeuta abbia esperienza o conosca un modello, i pregiu-

dizi trapeleranno sempre, ma, se il terapeuta tiene conto davanti ai suoi pazienti che le sue sono opinioni e costruzioni personali, l'emergere dei pregiudizi si rivela tutt'altro che dannoso. Diventa di fondamentale importanza che il terapeuta si renda conto che le sue idee non sono verità astratte ma pregiudizi derivanti dalla sua esperienza di vita e quindi soggetti al cambiamento e utilizzabili nel rapporto terapeutico.

Essendo che la terapia si concretizza nell'interazione tra i pregiudizi della famiglia e quelli del terapeuta, il tipo di relazione che si manifesta dipenderà anche dall'incontro di tali pregiudizi. Il cuore della terapia non è quindi il pregiudizio, ma la relazione tra pregiudizi del paziente e del terapeuta.

In "Linguaggio azione e pregiudizio" (1997) Cecchin sostiene che le parole che usiamo rivelano indirettamente i nostri pregiudizi ma sono anche un formidabile strumento per sfidarli. Riconoscere i pregiudizi che implicitamente guidano il nostro comportamento in seduta, e capire gli effetti che essi possono avere sugli altri, è già molto complicato, ma esiste un problema ancora più delicato: le persone non parlano volentieri dei propri pregiudizi e ciò accade anche in terapia.

Nessuno di noi può considerarsi immune dalla difficoltà nel rivelare i propri pregiudizi (le nostre relazioni potrebbero essere minacciate) ma, se non rivelati essi possono degenerare fino all'isolamento; mettere in dubbio i propri pregiudizi può portare ad una evoluzione positiva delle relazioni.

In quest'ottica il gruppo di osservazione (observing team) diventa molto utile per rilevare come l'equipe terapeutica organizza le proprie idee e i propri interventi nello studio dei preconcetti della famiglia, del terapeuta, dell'equipe e della loro interazione reciproca, soprattutto quando i pregiudizi del terapeuta

e della famiglia entrano in una fatale escalation alla ricerca del pregiudizio giusto, rendendo il cambiamento impossibile.

Per evitare lo stallo, è necessario che il terapeuta accetti la possibilità di dubitare delle proprie idee nella teoria e nella pratica e che impari a convivere con esse (Cecchin G., Lane G., Ray W.A. "Verità e pregiudizi, un approccio sistemico alla psicoterapia 1997). Ciò che rimane stabile ed equilibrato è un sistema ciberneticamente autocorrettivo: cambiano i comportamenti all'interno del sistema ciberneticamente e cambiano le parti perché il tutto resti un tutto, ma l'intero sistema è a sua volta parte di un sistema ciberneticamente di ordine più elevato e così via all'infinito. Nel contesto della terapia il cambiamento diventa un problema ogni qual volta cerchiamo di precisare cosa occorra cambiare.

L'epistemologia cibernetica ristrutturata il nostro orientamento asserendo che i problemi di cambiamento riguardano sempre il processo ciberneticamente.

Dobbiamo sempre ricordare che cambiamento non è che la metà della più ampia complementarità ciberneticamente stabilità/cambiamento. (Keeney B., l'estetica del cambiamento)

2 Riflessioni su un caso clinico: la storia di ALESSIO un adolescente tossicodipendente al primo ricovero in SPDC.

Descrizione del caso di Alessio

Alessio, 16 anni, giunge in SPDC nel settembre 2015 a seguito di un episodio di aggressione ai danni dei genitori, avvenuto in casa. Figlio unico, padre ortopedico 51 anni, madre impiegata 47 anni, entrambi del nord Italia. Al colloquio anamnestico emerge che Alessio fa uso abituale di cocaina e qualche volta di LSD.

I genitori lo descrivono come un ragazzo che manifesta scoppi di ira, che si annoia facilmente e mal tollera le frustrazioni fin da quando era bambino, non rispetta l'autorità, spesso coinvolto in risse, con problemi di condotta e profitto presso l'istituto tecnico informatico che frequenta.

Ha una relazione con una coetanea che porta a dormire in casa e con la quale riferisce di avere rapporti sessuali in camera con la porta aperta alla presenza dei genitori nelle stanze adiacenti. L'uso delle droghe è iniziato a 14 anni, nel gruppo dei pari; da allora è passato dal fumare marijuana al consumo di cocaina, spiegando che questo avviene nei weekend o quando si annoia.

Discussione del caso di Alessio

Alessio, minorenne, giunge accompagnato dai genitori; la neuropsichiatria locale è sprovvista di posti letto quindi, in caso di ricovero di pazienti minori, la prassi, è quella di ricoverarli in una stanza singola situata nell'SPDC ma con ingresso indipendente. I medici vorrebbero sistemare Alessio (vicino alla maggiore età) all'interno di una delle normali stanze del reparto, ma i genitori optano per la stanza deputata ad ospitare il minore, perché, parole del padre, "Alessio è giovane e potrebbe spaventarsi durante la degenza in un reparto con malati psichiatrici che danno in escandescenza e vengono contenuti".

Il personale medico spiega che la permanenza nella "stanza del minore" comporta che un genitore rimanga col ragazzo in camera 24 ore su 24; i genitori rifiutano l'opzione stanza del minore, quindi Alessio viene ricoverato in una stanza nel reparto, ma che sarà singola, per evitargli il più possibile i contatti con gli altri pazienti.

Il comportamento di Alessio in reparto è ina-

deguito e irrispettoso delle regole.

Sottoposto all'MMPI emerge un quadro compatibile con un disturbo antisociale di personalità. L'equipe del reparto propone una comunità nel territorio di residenza, ma i genitori rifiutano ritenendo il centro di basso livello; il padre si attiva per mandarlo a San Patrignano.

A quel punto Alessio comincia a cambiare, quindi nel momento in cui si libera un posto a San Patrignano, i genitori rifiutano il trasferimento. Si decide quindi che Alessio verrà seguito in un SERT vicino a casa. Durante la riunione conclusiva dell'equipe Alessio venne inquadrato come un ragazzo molto poco ingenuo rispetto alla sua giovane età, con forti tratti manipolatori, il cui unico scopo sembrava essere continuare indisturbato ad usare cocaina. Emersero il ritratto di un padre con probabile disturbo narcisistico di personalità e una relazione asimmetrica all'interno della coppia genitoriale dove la madre non pareva avere nessuna voce in capitolo nelle decisioni riguardanti la famiglia. Perciò, dopo un ricovero di 15 giorni, Alessio viene dimesso in carico al SERT.

Dall'altra parte i genitori di Alessio erano convinti che non fosse un tossicodipendente, ma che si trovasse solo in un momento delicato della sua vita in cui aveva bisogno di stare in famiglia. È quindi evidente la contrapposizione di due pregiudizi forti che si scontrano: da un lato l'idea dell'equipe che Alessio dovesse essere categorizzato e inserito in un percorso riabilitativo; dall'altro l'idea del padre che solo il loro amore avrebbe potuto salvare Alessio da una crisi adolescenziale. L'equipe seguiva probabilmente la spiegazione biologica per giustificare la malattia di Alessio, pensando che non c'era altro da fare per aiutarlo se non contenerlo e inserirlo in una comunità per protegger-

lo e proteggere la società dalla sua malattia mentale. Dal canto suo Alessio poteva pensare che la sua famiglia doveva lottare duramente per tirarlo fuori dalla prospettiva della comunità e che l'equipe esercitava un eccessivo controllo su di lui.

I pregiudizi dell'equipe.

L'equipe considera Alessio bisognoso di controllo e privo di risorse.

Nessuno sembra considerare che ogni sistema umano deve decidere cosa potrà avvenire in una relazione e che ogni entità sociale crea limiti per se stessa, che, se vengono superati, portano conseguenze o cambi di regole del sistema per incorporare il nuovo comportamento (Jackson, Bateson e colleghi). L'equipe sembra in preda all'illusione di prevedere i risultati delle proprie azioni. Pensano di far cambiare Alessio tramite il percorso in comunità e di convincere la famiglia a prendere per buona l'utilità di questo periodo di residenza in comunità.

I pregiudizi di ALESSIO

Dal canto suo Alessio vede l'equipe come un insieme di persone che non lo capisce, che gli vuole solo imporre un modo di vivere diverso da quello che ha al momento.

vede la comunità come una restrizione della sua libertà, un modo per levargli l'unico sbalzo che rende la sua vita interessante.

Ha la convinzione di poter manipolare l'equipe e la sua famiglia.

Pensa anche che nessuno lo comprenda fino in fondo e che sia inutile mostrare il proprio disagio.

I pregiudizi della famiglia.

La famiglia di Alessio pensa che l'equipe voglia solo separarli, che non ci sia nulla che non funzioni in loro, e che il problema di

Alessio sia un crisi adolescenziale passeggera. Da parte di tutti c'è l'idea che i segreti familiari non debbano essere condivisi con l'esterno, mentre in casa non ci debbano essere porte chiuse. L'allontanamento di Alessio è percepito come un pericolo potenzialmente disgregante la famiglia stessa.

La famiglia ha anche un pregiudizio rispetto al servizio curante: la comunità proposta dai servizi non è, secondo loro, al pari di una comunità privata, come San Patrignano; negano inoltre la problematica mentale in quanto rappresentatrice del fallimento.

I miei pregiudizi

Dal mio punto di vista di osservatrice (ero tirocinante), guardavo Alessio e mi sembrava un ragazzo diviso in due: da un lato un adolescente in cerca d'amore che nonostante l'uso di sostanze avesse il diritto di essere salvato; dall'altro un ragazzo incapace darsi degli obiettivi, che faceva uso massiccio di sostanze e manipolava chi gli stava intorno. Avevo la convinzione che in quella famiglia, ci fosse un'asimmetria relazionale: il padre era in posizione top-down rispetto alla madre; ritenevo necessario l'intervento di un terapeuta familiare.

La tossicodipendenza di Alessio mi sembrava il segnale che in quella famiglia la comunicazione e le relazioni non funzionavano come avrebbero dovuto.

Ritenevo la madre del ragazzo debole, sentendo il forte impulso a spronarla a reagire e a proteggerla, mentre mi ero fatta l'idea del padre come di un padrone interessato poco al figlio e alla moglie e moltissimo ad apparire come il salvatore della famiglia.

Vedevo l'equipe troppo interessata a classificare Alessio e i suoi familiari in categorie diagnostiche ben precise e a incanalare Alessio (il problema) in un percorso standardizzato.

Ritenevo che la psicologa si sarebbe dovuta sforzare di più di ascoltare e mediare tra famiglia ed equipe.

Lavorare con i pregiudizi: una storia possibile.

La Storia di Alessio si sarebbe potuta raccontare diversamente.

Che scenario si sarebbe creato se...

...se l'equipe non avesse preso le categorizzazioni diagnostiche come verità prognostiche e avesse cercato di accogliere il bisogno di Alessio di essere ascoltato al di là dei suoi sintomi?

Se qualcuno di loro si fossero fermati a cercare di capire come la famiglia di Alessio funzionava, che significato avrebbero assunto i sintomi manifestati da Alessio?

Se avessero analizzato le dinamiche relazionali che c'erano tra loro con un genogramma?

Possiamo ipotizzare, in una delle nostre storie possibili, che questo avrebbe messo le basi per un ingaggio dei genitori, che si sarebbero sentiti interlocutori esperti e non intrusi?

Se avessero evitato di imporre ad Alessio la proibizione dell'uso di droghe ma avessero cercato di capire cosa stava dietro all'uso di quelle magari il ragazzo avrebbe abbandonato il suo pregiudizio e con esso la fedeltà alle sue scelte e magari gli scoppi di rabbia sarebbero diminuiti. Le domande aprono scenari possibili, in noi, nell'equipe, ma anche nei pazienti. Una possibile storia sarebbe quindi potuta essere quella narrata di seguito.

Durante il primo colloquio il terapeuta, vedendo che Alessio mal tollera l'idea di iniziare le sedute gli propone di stare in silenzio, finché non si sente pronto. Alessio, sentendosi capito, spiega che i membri dell'equipe

hanno intenzione di mandarlo in comunità perché si sballa con la cocaina e per i suoi scoppi di ira contro i familiari e nelle discoteche. Spiega che i suoi spesso non lo capiscono, sono assenti o litigano e lui si trova solo con se stesso ed è lì che la cocaina gli dà l'evasione di cui ha bisogno.

Il terapeuta a questo punto, instaurato un dialogo più aperto con Alessio gli manifesta che capisce che la prospettiva della comunità non si presenta come facile e che smettere di usare cocaina ora gli sembra irrinunciabile, ma chiede ad Alessio in che modo poterlo aiutare ad uscire da tutto questo.

Il terapeuta parlando pian piano dei problemi di Alessio si mette dalla sua parte ma senza andare contro alla proposta dell'equipe.

La madre e il padre di Alessio si rendono disponibili a fare sedute di terapia per discutere delle relazioni tra di loro e con Alessio e si iniziano ad aprire e rivelano le loro difficoltà di coppia.

Le sedute individuali con Alessio e familiari continuano nei mesi successivi, Alessio incomincia a prendere farmaci sotto controllo medico e a sottoporsi alle analisi periodiche. Questa storia, una delle tante possibili, potrebbe portare a tanti finali...

Alla fine dell'anno i controlli sull'uso di droghe risultano negativi egli scoppi di ira di Alessio sono sotto controllo; i genitori di Alessio continuano il percorso di terapia riscoprendo un rapporto più sereno e complice che di rimando porta Alessio ad avere un comportamento più funzionale. Alla fine dell'anno i genitori di Alessio capiscono che la loro crisi di coppia è insanabile e si sono resi conto insieme ad Alessio che da soli non riescono a porre fine alla dipendenza e le sedute dal terapeuta non sono sufficienti, così decidono col terapeuta, che il ragazzo passi un periodo in una comunità di recupero.

ro del territorio. Alla fine dell'anno la famiglia di Alessio è distrutta. Alessio ha interrotto il percorso terapeutico, ed ha continuato fare uso di sostanze, tanto che una sera, a seguito dell'acquisto di acidi, perde la vita. La madre di Alessio ha subito un ricovero in SPDC non riuscendo a reagire alla morte del figlio, il padre si è buttato a capofitto nel lavoro mettendo in atto una negazione della morte del figlio.

Conclusioni

Mi preme sottolineare una considerazione che per me, impegnata nelle prime miglia di navigazione, rappresenta il faro per il terapeuta che sarò, o che vorrei essere, o che potrei essere, uno dei terapeuti possibili: *l'irriverenza*. Irriverenza è soprattutto un atteggiamento mentale, una modalità di guardarsi e di guardare gli altri.

Una prospettiva nuova con cui affrontare problemi classici. Gianfranco Cecchini intende l'irriverenza come una strategia di sopravvivenza del terapeuta in psicoterapia, una via d'uscita dal doppio legame che si instaura tra la fedeltà del terapeuta al proprio modello, alle proprie premesse e schemi e la propria creatività, favorendone la liberazione (Cecchini et al., 1992).

Dopo molti anni in cui il terapeuta veniva visto come colui che doveva sapere e credere in ciò che faceva, nonostante frustrazioni e possibili problemi, l'irriverenza è stata quella ventata di aria nuova, quel modo differente di guardare a se stesso e agli altri, un modo che permettesse il rispetto di tutte le posizioni, i livelli logici, i punti di vista e i modelli, consentendo di muoversi in mezzo ad essi come in una danza folcloristica di gruppo, danzando ora con uno, ora con l'altro, in modo differente di volta in volta.

Tramite l'irriverenza un terapeuta sistemico

recupera la sua iniziativa e non si lascia sedurre da un modello soltanto, abbandonando così la necessità di seguire una particolare teoria o i modelli imposti dal paziente o dalle istituzioni o ambiti in cui opera, ponendo il terapeuta in una posizione di maggiore responsabilità etica piuttosto che di esperto di un modello che diventa in certi casi alibi. Cecchin sottolinea che l'irriverenza può esserci solo verso un modello molto ben conosciuto e sperimentato, sul quale il terapeuta riflette. L'atteggiamento di irriverenza può anche essere verso i modelli e gli schemi che vincolano la famiglia: sabotandoli e creando incertezza che portino alla costruzione di modelli e punti di vista differenti.

L'irriverenza diventa un modo per non ancorarsi ad un solo livello logico, ma modo per muoversi liberamente tra vari livelli di astrazione e sistemi di significato, con la consapevolezza di essere in un gioco dalle regole relative (Cecchini et al., 1992).

Anche Bateson (Bateson, 1976, 1996, 2006) sottolineò l'importanza del sapersi muovere tra livelli logici diversi in base al gioco della fantasia e dell'umorismo, aspetti questi che si possono vedere ingredienti dell'irriverenza. L'irriverenza del terapeuta è anche verso le proprie ipotesi, il terapeuta deve credere ad esse ma non troppo, giocare con loro e assumendosene la responsabilità e permettendogli di abbandonarle qualora siano inadeguate o superate.

Gli uomini vivono immersi in un tessuto di storie cui partecipano che possono dare origine ai problemi anche le risorse per risolverli. Tali storie dipendono dal contesto sociale e culturale e possono essere più o meno rigide, e hanno di solito un forte potenziale anticipatorio. Ci sono storie che causano problemi e storie che curano (Hilman 1983); come sostengono Anderson e

Goolishian solo mantenendo una posizione di apertura il terapeuta può favorire la creazione di storie più funzionali. Non si tratta di raccontare ai pazienti storie “buone” per contrastare le loro storie “cattive”, questo alimenterebbe solo l’illusione del potere e si rischia così di imporre agli altri ciò che si crede sano e normale.

Irriverenza è anche non lasciarsi mai sedurre del tutto da un modello, non seguire mai del tutto una teoria particolare né le regole imposte dai pazienti, dalle istituzioni e dagli ambiti in cui si opera, ci permette di muoverci con la libertà del gioco senza sottostare ai sistemi di significati costrittivi. Gioco dunque significa consapevolezza che le regole sono relative convenzionali e provvisorie: cambia il gioco, cambiano le regole, basta spostare la prospettiva. Come terapeuti dobbiamo mettere in crisi quegli aspetti della realtà dei pazienti che gli impediscono di cambiare, liberi da out-out o dai vincoli di posizioni rigide. Il terapeuta da un’idea senza pretendere che gli altri la seguano.

Noi tutti facciamo delle ipotesi, abbiamo idee su quello che osserviamo, è naturale, l’importante è non affezionarsi troppo alle nostre ipotesi, non prenderle troppo sul serio, giocare con loro, parlarne.

Le ipotesi sono descrizioni, non spiegazioni e il terapeuta si deve muovere tra i livelli logici (Cecchin G., Lane G., Ray W.A., Irriverenza, una strategia di sopravvivenza per i terapeuti, 1993).

“L’intera attività terapeutica è in fondo questa sorta di esercizio immaginativo che recupera la tradizione orale del narratore di storie: la terapia ridà storia alla vita” J. Hillmann (1983).

Quando co-costruiamo una storia ci deve servire per non ripetere gli stessi errori.

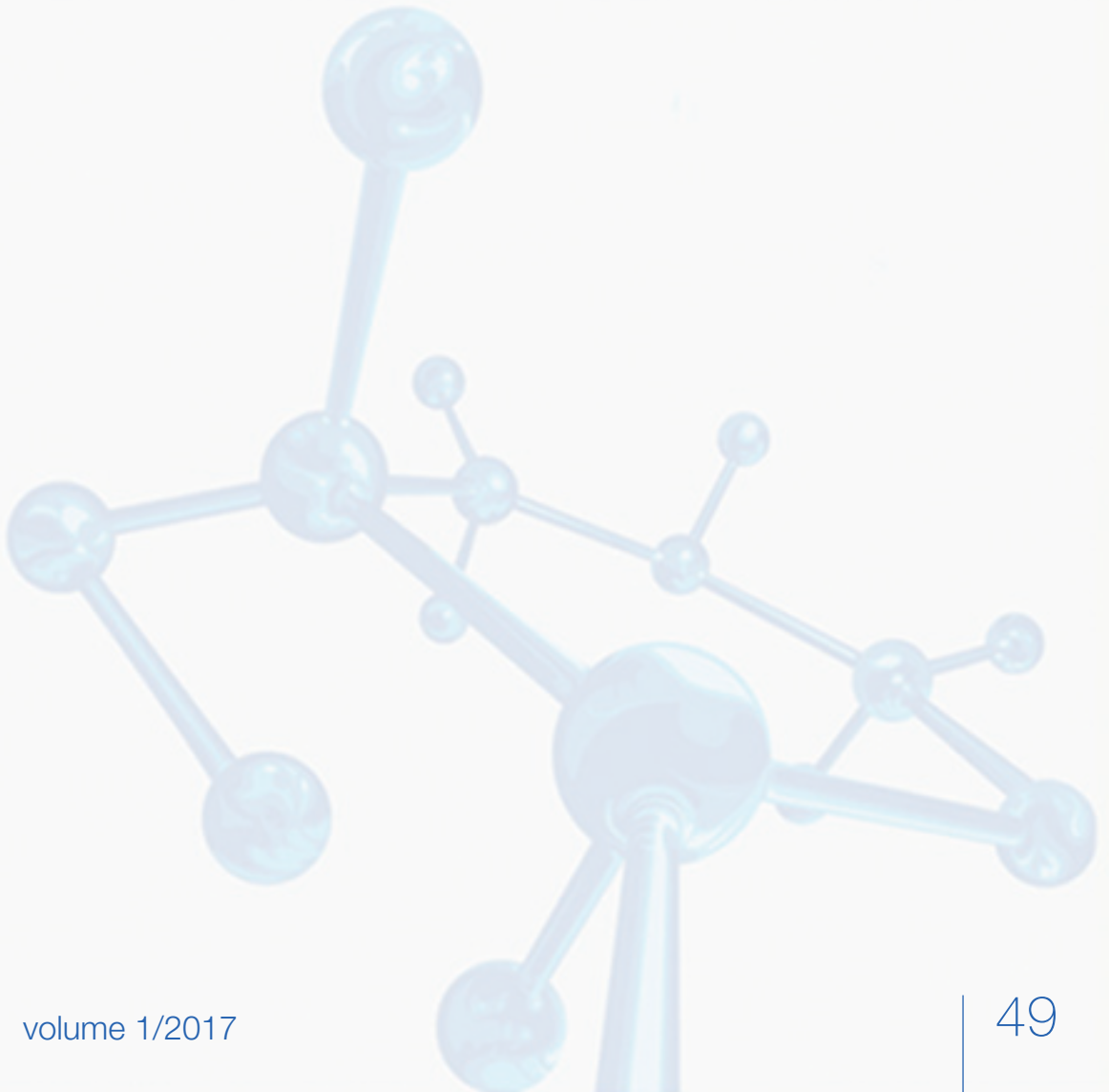
Una storia finita male ci insegna a lavorare

con nuove storie ad evitare di cadere negli stessi pregiudizi e ad inventare finali diversi, liberi dalle prigioni dei nostri preconcetti che tanta sicurezza ci danno ma che ci mantengono nei nostri loop senza permetterci di vedere narrazioni nuove e quindi nuove possibilità. Sentiamoci liberi di agire sopravvivere allo sconforto per le tragedie della vita, capaci di andare avanti, cogliendo aspetti inusuali, comici di situazioni assurde apparentemente impossibili, alimentiamo la nostra capacità di entusiasmarci.

Bibliografia

- Andersen, T. (1987). The reflecting team: Dialogue and Meta-dialogue in clinical work. *Family Process*, 26(4), pp. 415-428.
- Anderson, H., Goolishian, H. (1998). Il cliente è l’esperto: il non-sapere come approccio terapeutico. In McNamee S., Gergen K. *La terapia come costruzione sociale*. Milano: Franco Angeli.
- Anderson, T., Goolishian, H. (1990) Beyond cybernetics: comments on Atkinson and Heath’s “ Further thoughts on second-order family therapy. *Family Process*, 29, pp. 157-163.
- Bateson, G. (1976). *Verso un’ecologia della mente*, Milano, Adelphi,
- Bertalanffy, L.V. (1976). “ Teoria Generale dei Sistemi”, Isedi, Milano.
- Bertrando, P. (2000). Text and context: narrative, postmodernism and cybernetics. *Journal of Family Therapy* 22: 83-103.
- Bianciardi, M., (2008). Centralità della relazione terapeutica in terapia sistemica individuale, Conessioni.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W., (1992). Irriverenza: una strategia di sopravvivenza per i terapeuti. Tr.it. Franco Angeli, Milano.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W., (1993). From strategizing to nonintervention: Towards irreverent in systems practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 19(2), pp. 125-136.
- Cecchin, G., Lane, G., Ray, W.A. (1997). Verità e pregiudizi. Un approccio sistemico alla psicoterapia. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Celestre, C., Nergi, A., Riccò, A., Tarantino R.. *i luoghi dell’irriverenza, Cambiamenti* 3-2011.

- Hoffmann, L., (1986). Beyond power and control: Towards a second- order cybernetics. *Family Systems Medicine*, 4, pp. 381-396.
- Keeney Bradford, P. (1985). *L'estetica del cambiamento*, Astrolabio.
- Loredio, C., Picardi, A. (2000). "Dalla teoria generale dei sistemi alla teoria dell'attaccamento" Franco Angeli.
- Palazzoli, M., Bossolo, L., Cecchini, G., Rata, G.(1980). Ipotizzazione, circolarità, neutralità: tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19.
- Telfener,U., (2008). Riflessioni sulla terapia individuale sistemica, *Connessioni*, 20, 28-52.



“Fotogrammi di comunità”: un esperimento dove la fotografia è utilizzata per narrare

Lucia Catino¹

Sommario

Con il presente elaborato si vuole porre in evidenza l'importanza della fotografia come strumento terapeutico in grado di attivare l'espressione di emozioni legate ad un particolare contesto e capace di facilitare la narrazione di sé e dei propri sistemi di riferimento. Dopo aver presentato la comunità terapeutica come sistema complesso secondo l'ottica sistemica l'articolo si soffermerà brevemente sulla descrizione della fotografia come evocatore di narrazione e in particolare descriverà la tecnica del “processo proiettivo” che sarà il fulcro dell'esperimento “Fotogrammi di comunità”.

Parole Chiave:

Fotografia, comunità, sistema, gruppo, narrazione, emozione.

Abstract

This study is aimed to underline the importance of photography as a therapeutic medium able to activate the expression of emotions related to a particular context and to facilitate the telling of themselves and their reference system. After presenting the therapeutic community as a complex system according to the systemic viewpoint, the article will briefly reflect on the description of photography as an evocative of narration and in particular describe the technique of the "projective process" that will be the focus of the experiment "Community Frames".

Key Words:

Photography, community, system, group, telling, emotion.

¹Lucia Catino allieva 2 anno Idipsi mail: ciacaty@hotmail.it

Introduzione

“Fotogrammi di comunità” nasce da una passione per la fotografia e da un’esperienza lavorativa, che mi ha dato la possibilità di incontrare una realtà affascinante e complessa. Lavoro da più di sei anni come educatrice in una comunità residenziale Doppia Diagnosi del Piacentino, riservata a pazienti con problemi di dipendenza patologica cui si aggiungono complicità di natura psichiatrica, e tale ruolo mi ha permesso e mi permette tuttora di stare a strettissimo contatto con gli utenti.

Tale realtà lavorativa mi ha spronato ad adoperarmi al fine di esplicitare e rendere visibili, attraverso l’utilizzo della fotografia, le percezioni e i punti di vista di operatori ed utenti che ruotano intorno alla comunità.

La stretta vicinanza e le relazioni che si sono create in questi anni con gli utenti e con i colleghi dell’equipe mi hanno portato a porgermi molte domande. Ma come percepiranno la comunità questi ragazzi? E gli operatori? La percepiranno allo stesso modo? E se le visioni fossero discordanti? Tra operatori stessi si avrà la stessa idea di comunità terapeutica? Se i punti di vista non dovessero convergere durante il percorso emergeranno delle difficoltà? Quali potrebbero essere? E invece se ci fossero delle percezioni e dei vissuti comuni si potrebbero utilizzare per migliorare il piano di trattamento? Per creare una nuova visione co-costruita e condivisa? Da queste domande sono nate la curiosità e l’esperienza “fotogrammi di comunità” che ho portato avanti in questi mesi. L’obiettivo era innanzitutto quello di dare uno spazio agli utenti e agli operatori, me compresa, dove poter raccontare i vissuti, le percezioni, le idee che non hanno un nome specifico, che non si vedono, non si sentono e che “ruotano” e “vibrano” all’interno della

comunità terapeutica. Le emozioni intime, nascoste e non esprimibili a parole. Quelle sensazioni profonde che a volte fanno anche paura e spaventano. Quelle idee e visioni che stanno alla base dei nostri interventi terapeutici come operatori ma che a volte non ci si rende neanche conto di avere.

L’idea di utilizzare la fotografia come mezzo narrativo si sviluppa proprio dalla voglia e dall’intenzione di voler utilizzare uno strumento non verbale, che potesse lasciare libere le persone di raccontarsi senza dover dare spiegazioni e che potesse soprattutto dar sfogo a delle emozioni e delle percezioni difficili da esprimere ma da poter catturare con un click in un preciso istante.

La comunità’ come contesto terapeutico

Le Comunità Terapeutiche sono strutture residenziali nelle quali un gruppo di persone vive insieme condividendo un obiettivo centrale. Tale gruppo costituisce una sorta di microsocietà, dove vengono riprodotti ruoli e funzioni assimilabili a quelli della società allargata.

La comunità terapeutica è un percorso di cura con un tempo e uno spazio definito, in cui poter sviluppare quella dialettica continua tra momenti d’intimità individuale e ascolto privato, ed esperienze gruppali che lo pongono a confronto con l’Altro da sé.

Con il trattamento residenziale ci troviamo immersi in una realtà molto complessa e multidimensionale che comporta un’organizzazione specifica. Un paziente in comunità è, infatti, soggetto a vari “interventi” contemporaneamente: psicofarmaci, psicoterapie individuali e gruppali, interventi riabilitativi psicosociali, interventi sulla famiglia, etc. Pertanto in comunità, bisognerebbe quantomeno parlare di “relazioni terapeutiche”, piuttosto che di “relazione terapeutica”. In

ogni caso però anche per i pazienti più gravi la qualità delle relazioni interpersonali si è rilevata come nucleo centrale delle pratiche ed è associata ad esiti favorevoli attraverso un ampio range di setting e di popolazioni di pazienti; si tratta quindi di articolare questi molteplici setting, in modo flessibile, secondo le fasi del percorso terapeutico personalizzato e condiviso, utilizzando pienamente le potenzialità sia degli spazi individuali, che collettivi.

Nello specifico la *Comunità Specialistica "Emmaus"*, dove è stato svolto "l'esperienza fotografica", è una comunità rivolta a persone che presentano compromissioni psichiatriche associate all'uso di sostanze; struttura residenziale il cui intervento è volto a ripristinare uno stile di vita partecipante alla quotidianità che permetta la riacquisizione delle autonomie adeguate alla persona e definite dal progetto individuale pedagogico, terapeutico riabilitativo.

E' una struttura mista, che ospita sia uomini che donne, e non ha limitazioni circa l'età. Ha una capienza di 15 utenti e può anche ospitare persone aventi misure di restrizione (ad esempio arresti domiciliari). Il percorso terapeutico è estremamente personalizzato nel rispetto delle esigenze e dei tempi del singolo. La complessità delle situazioni storiche - personali familiari e sociali - comporta necessariamente interventi farmacologici, psicoterapici, psicosociali, educativi, pertanto l'équipe è composta da psichiatri, psicologhe ed educatori, che lavorano secondo la logica della integrazione degli interventi e della supervisione dei processi terapeutici.

La visione sistemica

Approcciare la Comunità Terapeutica secondo l'ottica sistemica significa guardarla contemporaneamente come sovrasisistema,

apparato burocratico, differenze gerarchiche e generazionali, e come sottosistema, la vasta rete di relazioni che crea "la realtà di quella specifica comunità"; significa riconoscerla come un vasto ed ampio sistema aperto allo scambio con l'esterno, ma chiuso al suo interno. L'utente, l'operatore, lo psicologo, lo psichiatra e tutte le figure che ruotano nel servizio quindi, non sono più considerate come monade, ma possono essere osservati nel contesto comunitario come membri di uno o più sistemi.

Nel progettare l'intervento relazionale di gruppo, sono partita dalla convinzione che il modello sistemico-relazionale ha la giusta flessibilità per utilizzare al meglio questa peculiare potenzialità del contesto gruppale, forti soprattutto delle riflessioni della seconda cibernetica.

Il gruppo è il fulcro della trasformazione: si crea al suo interno uno spazio in cui confluiscono le diverse identità che strutturano allo stesso tempo una particolare ed unica dimensione, storica ed evolutiva, del gruppo: l'individuo non può più essere così scisso dal gruppo.

Attraverso la coesione e il senso di appartenenza dei suoi membri, il gruppo, si rivela come uno spazio fisico e mentale contenitivo: ognuno, al suo interno, è libero dal giudizio degli altri, può esprimersi liberamente e sentirsi al sicuro. E' un contenitore che svolge la funzione di "schermo protettivo", dove sentirsi accolti, ascoltati e stabili: è un'occasione di sviluppo che consente di affrontare le vulnerabilità determinate dalla dipendenza.

L'esperienza gruppale può fornire la ripresa di un'area relazionale alternativa ai modelli distruttivi e reattivi che costellano il passato di questi pazienti. Il gruppo aiuta il soggetto a creare una "nuova narrazione", un vero e

proprio racconto storico (alla cui formazione il soggetto partecipa come attore) che permette uno sguardo diverso nei confronti di un passato sofferente e doloroso. E' questa una delle potenzialità trasformative del gruppo: l'incontro tra i partecipanti e il conduttore che permette la costruzione di relazioni più sane, volte alla sperimentazione di narrazioni e modelli nuovi di comportamento.

La fotografia come evocatore di narrazione

Le operazioni narrative possono realizzarsi attraverso diversi canali comunicativi e trovare espressione per mezzo di differenti linguaggi.

All'interno del setting terapeutico, tradizionalmente, la comunicazione verbale ha rivestito un ruolo essenziale. Esistono, tuttavia, altri interventi che consentono di lavorare, dare forma e azione, al contenuto narrativo che il cliente porta in terapia.

Tra questi, la fotografia rappresenta senz'altro una via di accesso privilegiata alle narrazioni del cliente e questo perché in grado di essere, allo stesso tempo, mezzo espressivo e linguaggio specifico dotato di un proprio codice.

Le foto rappresentano il risultato di un momento percettivo in quanto metafora del modo che il cliente ha di percepire il mondo: del suo modo di essere, di relazionarsi, di vedere quello che gli è intorno (ciò che il mondo crede si aspetti da lui, ciò che crede di poter offrire, ciò che ritiene avere il diritto di ottenere o di dovere fare...).

Le immagini, infatti, non ritraggono una riproduzione fedele della realtà, in quanto la percezione di quest'ultima è soggetta all'interpretazione dell'osservatore. Ciò che ritraggono è una selezione interpretativa di essa, una reinvenzione. Non esiste una re-

altà universale ed un unico modo di percepirla; la realtà è relativa alla percezione che ognuno ha di essa e il suo significato è strettamente personale, sociale e culturale (Rossi, Rubecchini, 2004).

Le fotografie contengono sempre storie, senza riguardo a qualsiasi merito potenziale artistico che esse potrebbero anche avere, sebbene ogni immagine racconterà naturalmente le sue storie in modo molto differente, poiché ciò dipende da chi sta inconsciamente traducendo e trasportando in esse il significato mentre le guarda. Questo è ciò che rende le foto comuni non solo un eccellente stimolo di partenza per una naturale conversazione in ambito sociale, ma anche ne fa uno strumento molto utile in situazioni nelle quali la comunicazione attraverso le parole da sola non è sempre sufficientemente efficace (come nella terapia).

Così, riconoscendo che una fotografia non può avere nessun significato oggettivo separabile da quello di colui che l'ha creata e-o più tardi da colui che la osserva, si può vedere come non ci possa essere un modo univoco e corretto a priori per scoprire una qualsiasi assoluta verità riguardo ad essa. Infatti il risultato potrebbe anche essere piuttosto differente da ciò che si aspettava di comunicare colui che ha fatto la foto, dal momento che ogni partecipante in un'interazione foto-persona ha il proprio punto di vista (corretto per se stesso).

Una fotografia, allora, ha la qualità speciale di essere simultaneamente una realistica illusione e una realtà illusoria, un momento catturato all'interno del tempo, un momento che tuttavia non è possibile totalmente catturare nella sua forma pura. Le persone usano la pellicola per fermare il tempo, che naturalmente non può essere fermato. Le fotografie sono quindi emozionalmente

“caricate” come se si trattasse di schizzi o appunti elettromagnetici, e così non è mai possibile guardare le proprie foto personali in modo distaccato.

Il processo proiettivo

In modo molto simile al vedere il mondo attraverso le lenti da sole, i cui effetti sono così familiari che non si notano più (fino a quando non vengono tolte), le persone vedono il mondo intorno a sé attraverso simili “lenti” inconsce che automaticamente filtrano tutto ciò che incontrano, incluso le proprie percezioni, i pensieri ed i sentimenti. Allo stesso modo, guardare qualsiasi immagine fotografica produce delle percezioni, delle reazioni emozionali che sono proiettate dalla mappa interiore propria di quella persona, la mappa della realtà, che determina la spiegazione che essi si danno di ciò che vedono.

Le reazioni personali ad indagini emozionali funzionano a livello non verbale di comprensione e cambiamento e rappresentazioni fotografiche di potenziali realtà possono essere strumenti efficaci di chiarificazione. Ipotizzare quello che potrebbe cambiare in una situazione per renderla migliore, peggiore, meno coinvolgente dal punto di vista emotivo, può aiutare a comprendere metaforicamente che sono possibili delle alternative, e che la verità è relativa sia al contesto sia a colui che la percepisce; nella relazione terapeutica importante è agire sempre in modo da aumentare le possibilità di scelta (Von Foster, 1987).

Dal momento che per qualsiasi immagine non è possibile trovare una verità oggettiva, non ci saranno mai due osservatori che otterranno un significato identico a partire dalla stessa fotografia. Questa tecnica è stata chiamata “Foto-Proiettivi”, perché le persone proiettano sempre un significato

su una fotografia. Per questo le reazioni dei pazienti alle fotografie sono molto utili, perché aiutano i terapeuti a spiegare ai pazienti come si costruiscono la mappa della realtà. Questo è vero, non solo per quanto riguarda le proprie fotografie, quelle che hanno scattato o quelle degli album familiari, ma anche per quanto riguarda fotografie diverse che il terapeuta ha scelto per ragioni particolari o per obiettivi terapeutici, come foto di giornale, cartoline, pubblicità sulle riviste, copertine di libro e così via.

Le tecniche di fototerapia proiettiva sono un modo ideale perché i pazienti prendano contatto con sicurezza con i propri “filtri” personali, sociali, familiari, di classe, culturali, senza essere di conseguenza svalutati, sminuiti, indeboliti o giudicati da altri che non li capiscono perché hanno dei “filtri” diversi. Un cambiamento può iniziare solo dall’interno; solo dal rendersi conto che c’è più di un modo per vedere la propria situazione, solo così i pazienti troveranno ciò che potrebbe aiutarli a considerare le cose da un’altra prospettiva.

Esperimento “fotogrammi di comunità”

Obiettivi, partecipanti, metodologia

L’obiettivo dell’esperimento fotografico era innanzitutto quello di dare uno spazio agli utenti e agli operatori dove poter raccontare i vissuti, le percezioni, le emozioni intime, nascoste e non esprimibili a parole.

Un’altra intenzione era di scoprire i criteri di rilevanza che i pazienti usano per analizzare la realtà così da essere in grado di comprendere meglio le loro caratteristiche mappe cognitive e i criteri che essi usano inconsciamente per prendere decisioni.

Un successivo obiettivo era di provare a capire che sistema di significati ruotasse intorno al contesto “comunità terapeutica”. Il

processo cognitivo che lega la realtà fisica alla struttura mentale, quella che Bateson (1984) definisce struttura che connette, presuppone che la comunicazione, per essere tale, necessiti di un contesto, senza il quale non ci possa essere significato e che in parte è lo stesso contesto a conferire significati, sulla base di rapporti relazionali tra gli elementi della natura. Nel contesto comunità quali sistemi di significato di operatori ed utenti si sono creati sulla base della loro relazione? Proprio per tali obiettivi hanno partecipato all'esperimento 5 operatori della Comunità Emmaus e 8 utenti della stessa, per provare ad avere una visione a 360° di coloro che effettivamente vivono e animano la comunità.

La consegna era: "Fai 5 foto che descrivono "Cos'è per te la comunità?" e dai successivamente loro un titolo. Ho messo a disposizione una macchina fotografica digitale, che è rimasta in comunità per due mesi, cui loro potevano attingere liberamente a qualsiasi orario. Ho pensato che una consegna così aperta e non strettamente focalizzata mi permettesse di non limitare la creatività e aiutasse allo stesso tempo loro ad avere una linea guida per evitare che diventasse un compito difficile o poco comprensibile.

L'idea di utilizzare la fotografia come mezzo narrativo si sviluppa proprio dalla voglia e dall'intenzione di voler utilizzare uno strumento non verbale, che potesse lasciare libere le persone di raccontarsi senza dover dare spiegazioni e che potesse soprattutto dar sfogo a delle emozioni e delle percezioni difficili da esprimere ma catturabili con un click in un preciso istante.

Risultati: il punto di vista di operatori ed utenti

Sono state raccolte 45 fotografie, nello

specifico 21 foto sono state scattate dagli operatori e 24 dagli utenti. Non tutti gli utenti hanno consegnato le 5 foto richieste ma sono arrivati a 3 perché il loro rapporto con la comunità si è interrotto a causa di un abbandono volontario ma tutte le foto raccolte sono state consegnate con titolo come da consegna. Quello che emerge dalle foto raccolte è un'immagine di comunità accogliente e stimolante, scandita da ritmi e da regole. Una "casa" in cui vivono ragazzi multiproblematici dove la gestione della convivenza è difficoltosa ma allo stesso tempo dove l'incontro con altre persone utenti, educatori o volontari permette una riflessione sulla propria storia e sui propri vissuti. Il gruppo e il lavoro individuale sono il primo passo per un cambiamento che, come sottolineano gli utenti nelle foto, è un cambiamento che deve innanzitutto partire dall'interno. Sia da parte degli operatori che degli utenti viene descritta una comunità attiva e produttiva al cui interno vengano portati avanti dei laboratori e dei lavori manuali che possano sia tener impegnata la mente sia essere un ottimo modo per sperimentarsi capaci.

La percezione condivisa è quella di un luogo di cura familiare vissuto dalla maggior parte come un contesto protetto dove potersi affidare e dove potersi fidare delle persone. Solo un utente ha posto l'attenzione sulle difficoltà che affiorano con l'ingresso in struttura ovvero i tempi morti, l'impossibilità di avere contatti con l'esterno e di uscire e il difficile rapporto con i farmaci e lo psichiatra.

I bisogni che spiccano dalle foto scattate dagli utenti sono vari e differenti e si connettono alla perfezione con la fase del programma in cui sono inseriti. Infatti, quello che emerge è che gli utenti inseriti in comunità da meno tempo pongono il focus sull'esterno, sulla

voglia di scappare e sugli aspetti proibitivi della comunità, utenti inseriti già da parecchi mesi invece si soffermano sui cambiamenti interni e sugli stimoli che la comunità può dargli per fare “un salto” in avanti. Gli utenti anziani infine, già rivolti ad una fase di reinserimento, si focalizzano sugli aspetti organizzativi legati al lavoro piuttosto che alla voglia di socializzare e di conoscere nuove persone esterne alla famiglia.

Anche dalle foto degli operatori emergono bisogni, aspettative e difficoltà. Anche qui vi è una correlazione coerente tra bisogni e grado di anzianità lavorativa. Alcuni operatori anziani, infatti, si soffermano sulle storie dei pazienti, sulle difficoltà relazionali, sulla difficile gestione delle crisi e sulla fatica che si fa spesso ad agire da soli pur avendo dietro un’equipe e un pensiero terapeutico comune; altri invece, soprattutto gli operatori più giovani con meno esperienza ma con più entusiasmo, pongono l’accento sul fare e sul voler far fare, su interventi quindi collegati più al qui ed ora.

Visioni differenti o unisone?

Da quanto emerge dalle visioni dei bisogni, se pur espressi in maniera differente, possiamo ritenerle sovrapponibili e similari. Ritornano da parte di entrambi sia bisogni pratici, sia di cambiamento e sia relazionali. Vi è inoltre una correlazione tra gli interventi terapeutici degli operatori e i bisogni riportati dagli utenti. Vi sono interventi legati al qui ed ora e quindi concentrati sul fare, che hanno l’obiettivo di far sentire gli utenti capaci, di permetter loro di pensare meno e di concentrarsi su attività manuali. Questi interventi sono rivolti maggiormente ad utenti inseriti in comunità da meno tempo in quanto ancora molto fragili e restii verso il contesto e l’equipe. Il fare insieme permette

ad operatori ed utenti di entrare in relazione e soprattutto di ottenere risultati visibili, cosa che rinforza in modo positivo gli utenti. Si cerca di conoscersi per poter trovare un piano di trattamento personalizzato che possa essere co-costruito insieme. Questa è sia una fase di accoglienza sia di osservazione ed è sicuramente un momento critico in quanto coincide con l’ingresso in una comunità residenziale, con l’allontanamento dalle sostanze e dalla famiglia d’origine, con l’assenza di contatto con l’esterno (almeno per un mese e mezzo) e con l’inizio di una convivenza con altre persone problematiche e sofferenti. Corrisponde ad un momento in cui si fanno i conti con la propria realtà e con la propria malattia.

E’ proprio per questo che il fare diventa fondamentale, perché permette agli utenti di scoprire o riscoprire le proprie risorse e sentirsi così capaci in un momento in cui fallimento e frustrazione sono diventati le parole chiave della loro realtà.

In una fase successiva e complementare entriamo nel trattamento vero e proprio che prevede un programma psicoterapico di gruppo ed uno individuale.

Tali interventi sono volti al cambiamento attraverso la produzione di alternative e visioni differenti da parte degli operatori. Possiamo notare come anche queste operazioni sottostanno a dei bisogni riportati dagli utenti, per i quali la comunità è sì un luogo dove poter fare, ma anche un luogo dove potersi dedicare del tempo, sia analizzando il passato sia creando nuove prospettive future grazie a dei processi di cambiamento interni ed esterni.

La successiva fase, quella del reinserimento, prevede la sperimentazione in ambiente protetto delle possibilità di autonomia dell’utente, attraverso l’inserimento in situa-

zioni lavorative e/o abitative esterne ed un monitoraggio costante da parte degli operatori che ne vagliano il grado di tolleranza agli eventi stressanti, il livello di stabilizzazione psicopatologica ed i processi di evoluzione sul piano della maturazione psicologica e dell'autonomia. Qui gli utenti si sperimentano: da una parte emergono bisogni legati all'organizzazione pratica di una quotidianità che cambia, in quanto bisogna fare i conti con gli orari lavorativi e con la differente gestione del denaro, e d'altra parte affiorano i bisogni di riconnettersi con l'esterno, di socializzare e di farsi nuovi amici.

Riflessioni conclusive

Una fotografia non può avere alcun significato oggettivo, non può esserci un modo univoco e corretto per scoprire la verità assoluta riguardo ad essa. Ciò che la foto comunica potrebbe essere piuttosto differente da ciò che si aspettava di comunicare colui che ha scattato la foto, dal momento che ogni partecipante ha il proprio punto di vista. L'esperienza fotografica ha permesso ad operatori ed utenti di raccontarsi attraverso i propri "filtri" personali, sociali, familiari, di classe e culturali.

Poiché ogni interpretazione è corretta dal punto di vista personale, l'utilizzo della fotografia può essere uno strumento efficace per aiutare l'autoconsapevolezza ed il rinforzo del sé, specialmente con pazienti che sono abituati da molto tempo a sentire le proprie percezioni svalutate o messe in discussione.

E' emerso che la fotografia è un ottimo mezzo di comunicazione non verbale per pazienti che hanno difficoltà ad aprirsi e a sostare con le proprie emozioni, troppo forti e destabilizzanti. La fotografia è immediata e permette di non dare spiegazioni.

La comunità è stata raccontata in modo coerente, ne è emerso un luogo familiare e di cura dove vivono ragazzi con storie difficili che attraverso l'incontro, un lavoro di equipe e vari interventi terapeutici individualizzati e di gruppo giungono ad un cambiamento. Un cambiamento però può iniziare solo dall'interno; solo rendendosi conto che c'è più di un modo per vedere la propria situazione, i pazienti potrebbero avere la possibilità di considerare le cose da un'altra prospettiva. Dopo aver raccolto le foto ho svolto un gruppo "Fotogrammi di Comunità" con tutti i ragazzi in cui ho mostrato loro le stampe delle 45 fotografie raccolte.

Ho provato poi a raccontare quello che a me avevano suscitato e la descrizione di comunità che io mi ero creata guardando e sostando sulle fotografie scattate. Da lì ognuno di loro ha riportato la sua idea di comunità. Tutti si sono rispecchiati appieno nell'immagine di casa accogliente, luogo di cura e di cambiamento che era emersa ed era stata da me raccontata. Si sono detti felici di aver visto le loro "opere" stampate ed esposte (durante un evento dell'Associazione sono state esposte tutte le fotografie) e stupiti dal fatto che tutto il gruppo, operatori compresi, avesse narrato una comunità così familiare e stimolante. Si sono sentiti gruppo, sia perché tutti hanno fatto le fotografie sia perché tutti hanno "scattato" emozioni e percezioni simili.

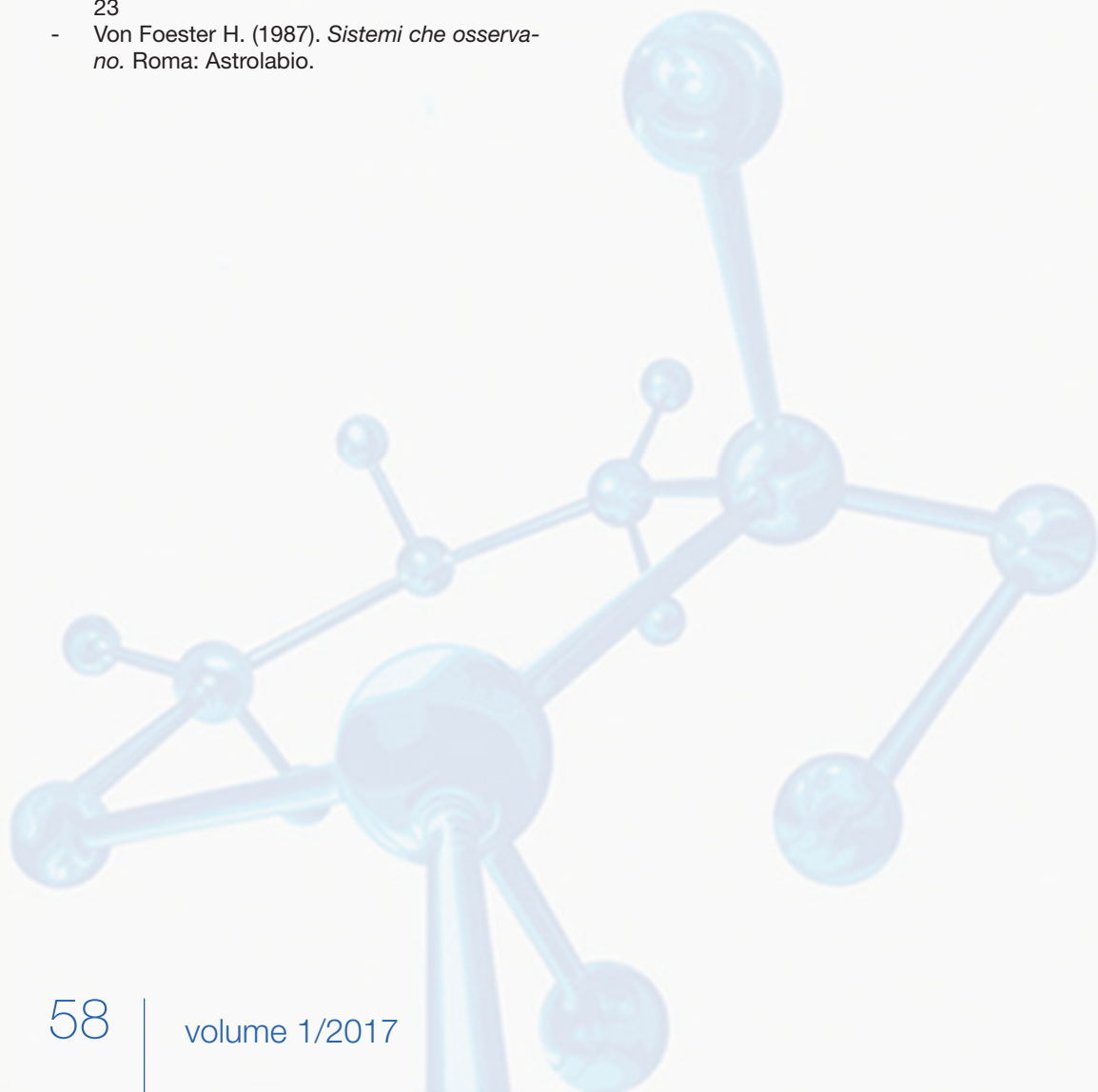
Alla fine dell'incontro durato un'ora e mezzo circa hanno richiesto a gran voce altri "esperimenti" in quanto il potersi esprimere in questo modo li ha messi a loro agio, li ha fatti sentire capaci e considerati perché hanno percepito come prezioso il loro contributo.

Anche in equipe si è parlato molto dell'importanza di utilizzare strumenti artistici e

non verbali per poter: da una parte lavorare con i ragazzi e dall'altra creare un ponte con l'esterno. Ad oggi, infatti, stiamo costruendo un video basato su interviste scritte e svolte dagli utenti ad operatori e volontari delle varie comunità dell'Associazione la Ricerca con la finalità di far emergere sotto altra forma e comunicazione "Cos'è la comunità Emmaus per voi?".

Bibliografia

- Bateson, G. (1984). *Mente e Natura, Un'unità necessaria*. Milano: Adelphi.
- Rossi O., Rubechini S. (2004). Le immagini autobiografiche: una via narrativa alla percezione di sé. *Informazione Psicoterapia Counselling Fenomenologia*, 4/2004, p. 14-23
- Von Foester H. (1987). *Sistemi che osservano*. Roma: Astrolabio.



Dare voce ai bambini. Storie narrate in un Servizio di Tutela Minori

Finazzi Marisol¹

Sommario

Il presente contributo si propone di riflettere sul tema della narrazione all'interno del complesso e delicato contesto della Tutela Minori. La scelta dell'argomento nasce dall'esperienza di tirocinio dell'autore presso il consultorio familiare di Rovato (Bs) dove gli psicologi collaborano con gli assistenti sociali dei Comuni negli interventi a favore di minori interessati da provvedimenti della Magistratura.

La riflessione si sviluppa a partire dalla seguente premessa: la narrazione delle proprie esperienze e la loro condivisione rappresenta un aspetto fondamentale di ogni individuo. Non solo, il narrare si configura come un potente strumento per produrre cambiamento sia nelle relazioni terapeutiche sia nei contesti in cui lo psicologo è chiamato ad agire terapeuticamente. Con questo presupposto, l'autore riflette sulle sfide e le opportunità vissute dagli operatori e dalle famiglie che affrontano il percorso di tutela minori. In questo ambito, le storie narrate rivestono un ruolo rilevante nel favorire il benessere del minore ed interventi funzionali. Di conseguenza, dar voce ai diversi protagonisti, in particolar modo ai bambini, rappresenta un aspetto non sempre semplice ma imprescindibile.

Il tema viene quindi arricchito con la storia di due sorelle, Maryam e Samira, le cui narrazioni si intrecceranno con quelle dell'autore per la costruzione di nuovi significati e trame narrative.

Parole chiave

narrazione, minori, Tutela, violenza intrafamiliare assistita, relazione terapeutica, cambiamento.

Abstract

The purpose of this article is to reflect on the narration in the complex and sensitive children protection system, and it reports experience of the author while training in a family counselling centre in the north of Italy. In this context, the psychologists collaborate with the social service of the local authorities and Justice System in safeguarding the rights of the children. This reflection develops from the following premise: storytelling and sharing of its own experience is a fundamental aspect of the human existence. Also, in the therapeutic relationships or in the situations where the psychologist acts therapeutically, the narration is a powerful tool to make change. Therefore, the author introduces the challenges and opportunities of children protection work. The stories narrated by the family who deal with this experience, are very important to promote the wellbeing of children and to create appropriate interventions.

¹Finazzi Marisol: allieva secondo anno IDIPSI mail:marisol.finazzi@hotmail.com

So, the author considers it essential to give a voice to children and their families. Moreover, the author presents a story of Maryam and Samira and through the narration of their own experience, including author's perspective, deepens the reflection on the theme and reaches new significations and narrative plots.

Key words

narrative, minors, child protection, witnessing domestic violence, therapeutic relationship, change



Introduzione

La narrazione e la condivisione delle proprie esperienze rappresenta un aspetto fondamentale e costituente di ogni individuo, un potente organizzatore che aiuta a dare stabilità e continuità al proprio mondo. Nella relazione terapeutica, le storie ricoprono un ruolo basilare e soffermarsi su di esse può essere considerato un potente mezzo di trasformazione.

Il presente contributo si propone di approfondire questo tema all'interno di un contesto delicato come quello della tutela minori, dove le famiglie coinvolte affrontano un cambiamento significativo nella loro storia. Pertanto dare rilevanza alle loro narrazioni rappresenta un aspetto imprescindibile per gli operatori i quali sono chiamati ad accompagnare i soggetti coinvolti, sostenerli e progettare un intervento ad hoc.

La scelta dell'argomento nasce dall'esperienza di tirocinio all'interno del consultorio familiare di Rovato (Bs), dove gli interventi di tutela minori sono svolti da équipes integrate composte dagli assistenti sociali dei Comuni e dagli psicologi dell'ASST Franciacorta, esito di un protocollo d'intesa con l'ambito distrettuale di appartenenza.

Il tema viene sviluppato attraverso la storia di Maryam e Samira, le loro narrazioni si intrecceranno con quelle della sottoscritta per la costruzione di nuove trame narrative.

La relazione terapeutica: narrazioni e cambiamenti

Le storie sono un aspetto indissociabile della cultura, dell'apprendimento e dei valori umani; un elemento cruciale della vita delle persone a prescindere dalla propria lingua, religione, etnia, sesso o età (Burns, 2006).

Bruner (2002), nella sua vasta produzione sull'argomento sottolinea come mediante

la narrativa ogni individuo costruisce, ricostruisce il proprio ieri e domani. In questo processo, memoria ed immaginazione si fondono creando svariate prospettive che rendono comprensibile la propria esistenza. L'individuo nel raccontare l'esperienza la riporta a ciò che è già noto e culturalmente condiviso, in altre parole la contestualizza e scambia significati con il suo interlocutore. Già da queste prime considerazioni emerge il complesso rapporto esistente tra narrazione, esperienza, linguaggio ed identità, un intreccio inestricabile che spicca agli occhi dei professionisti della relazione terapeutica, un processo dove «il contesto di ogni narrazione è una rete di storie, è tempo, luogo e persona» (Papadopoulos, Byng-Hall, 1999, p. 159), è esperienza di vita. E quest'ultima, come direbbe Bateson significa pensare ed agire per storie (1984).

Un'altra parola essenziale della relazione terapeutica è cambiamento. Accompagnare l'individuo o la famiglia alla ricerca di una chiave che apra la porta ad una trasformazione non è un compito semplice poiché il cambiamento pone di fronte all'incertezza, il suo innesco non è immediato, la sua portata non è prevedibile e i meccanismi che l'hanno generato non si riescono a cogliere appieno. È altrettanto vero che la motivazione che spinge le persone ad investire nella relazione terapeutica è la necessità di cambiamento: l'esperienza fino a quel momento vissuta urge di una modificazione, poiché a qualche livello produce disagio.

Bertrando (2012) propone diverse distinzioni di cambiamento in terapia tra cui rileva: la scomparsa di un sintomo, la soluzione del problema dichiarato, un cambiamento comportamentale o di pattern interattivi. Aggiunge anche variabili meno osservabili e valutabili come il cambiamento di una strut-

tura profonda di personalità, del modo di stare con gli altri, di premesse implicite, di linguaggio, dello stato emotivo o l'emergere di nuove trame narrative.

Il cambiamento emerge come un fenomeno complesso dove indossare nuove narrazioni non è così immediato come potrebbe sembrare. Essendo le storie protettive e strutturanti, spesso è preferibile mantenere una narrazione generatrice di sofferenza, di una sofferenza che si conosce, piuttosto che accettare l'ignoto oppure si predilige una narrazione che rimanda un'immagine negativa di sé piuttosto che non avere una storia.

Nelle famiglie in carico ai Servizi di tutela minori il cambiamento è necessario poiché qualcosa, più o meno grave, non funziona in maniera adeguata. Spesso è il contesto ad imporre delle modifiche, a prescrivere trasformazioni o a chiedere ai coinvolti di stare nel cambiamento.

La sfida dell'intero sistema diviene ardua e dar voce alle storie di tutti si rivela essenziale. Papadopoulos e Byng-Hall (1999) precisano come la narrazione sia parte integrante di qualsiasi forma di terapia e evidenziano un limite della terapia familiare: l'essersi limitata all'impiego di storie esclusivamente al contesto della terapia stessa, prestando meno attenzione ai modi in cui le storie si sviluppano all'interno di contesti professionali, clinici e teorici dei terapeuti.

Ecco perché ho scelto di aggiungere la mia narrazione accanto a quella di Maryam e Samira. Un'ultima precisazione, il contesto qui presentato non è prettamente terapeutico ma come sostiene Cirillo (2005) anche un contesto definibile come non terapeutico può offrire occasioni di agire terapeuticamente se si eseguono interventi con l'intenzione di provocare cambiamenti relazionali, restando coerenti al contesto e/o struttu-

randone le marche e le regole come validi propulsori.

La tutela minori: sfide ed opportunità

Bowlby postula che ogni bambino per crescere bene abbia bisogno di poter contare su di un adulto sensibile e responsivo in grado di assicurargli vicinanza e protezione sufficienti, stabilendo con lui una relazione affettiva privilegiata, chiamata relazione di attaccamento (Chistolini, 2006).

Nelle situazioni in cui, per le cause più svariate, un minore si ritrova a rischio di pregiudizio, un sistema composito, Servizi sociali e Giustizia, attiva un processo di presa in carico dei suoi interessi complessivi (Cirillo, 2005; Ghezzi, Vadilonga, 1996).

Questo sistema rileva i segnali di rischio o determina il danno subito da parte del minore, valuta la pericolosità dell'ambiente in cui vive e propone un percorso di cambiamento. Se necessario mette in atto le misure di protezione con lo scopo di preservare il legame di attaccamento e di agevolare il recupero del genitore, sostenendo e consolidando le sue competenze. In alternativa, accompagna il distacco attivando risorse alternative in relazione ai bisogni oggettivi e psicologici del minore.

In questo percorso si intrecciano interventi terapeutici, sociali ed educativi ed accanto a Giudice, assistente sociale e psicologo si affiancano spesso altre figure professionali (educatore, famiglia affidataria, pediatra, ecc.) ed altri Servizi (Servizio affido, Comune, Comunità, Scuola ecc.), ognuno con obiettivi specifici, priorità, vincoli e risorse proprie.

Interagire con tutti è complicato ma necessario, diventa dunque fondamentale per gli operatori costruire un'alleanza con le famiglie e creare un contesto di intervento fun-

zionale e chiaro. Nel far ciò, le storie riportate dal nucleo familiare rivestono un ruolo rilevante al fine di favorire il benessere del minore e di individuare la soluzione più idonea a produrre un cambiamento significativo per l'intero nucleo.

L'ascolto del minore è centrale ma allo stesso tempo un compito delicato poiché le dinamiche familiari presenti sono estremamente complesse e con differenti livelli di disagio. Non deve stupire, per esempio, se i bambini in situazioni familiari difficili non denuncino gli adulti che si prendono cura di loro, non possono supporre che il comportamento di questi possa essere in qualche modo nocivo nei loro confronti (Cirillo, 2005).

Gli operatori dei Servizi per la tutela dei minori spesso si ritrovano ad agire in situazioni complesse, multiproblematiche ed emergenziali per cui la priorità è data alla messa in sicurezza dei bambini. Sottolinea Cirillo (2005) come la compresenza di operazioni di aiuto e di altre di controllo possa rendere difficile a professionisti e utenti capirsi rapidamente e a fondo, e gli equivoci possono portare a vissuti di tradimento con conseguenti agiti aggressivi.

Sebbene l'obiettivo primario sia quello di mantenere al centro i bambini, nella pratica la loro voce non sempre viene ascoltata totalmente. Invece evidenzia Chistolini (2006) come ai fini di un intervento efficace con i minori, siano importanti due dimensioni, distinte ma connesse: quella dell'informazione, ovvero l'opportunità di dire ai bambini cosa sta succedendo e cosa succederà; e quella dell'accompagnamento nell'elaborazione degli eventi più significativi della loro storia personale e familiare.

Il confronto con eventi caratterizzati da vissuti estremamente dolorosi, con emozioni quali paura, rabbia, confusione, impoten-

za, con sentimenti di bassa autostima o altri disturbi emotivi o dell'umore può essere difficile sia per i bambini che per gli operatori. Tuttavia rappresenta un'opportunità di crescita. Ne è un esempio la situazione di violenza domestica e trascuratezza in cui hanno vissuto le protagoniste del caso presentato.

La storia di Maryam e Samira

Maryam, 16 anni e Samira, 12 anni, sono due bambine italiane ma di origine marocchina. La loro è una storia di migrazione: ha origine ed è intessuta con quella di Sarah, loro madre, che all'incirca vent'anni fa si è trasferita in Italia per raggiungere il marito Mohamed.

Forse il percorso delle due bambine inizia ancora prima, con due eventi, più precisamente con due adozioni, quella di Sarah e di Mohamed, avvenute entrambe quando erano molto piccoli.

È anche la storia di un incontro avvenuto a Casablanca ma che ha un seguito in Italia, dove Sarah e Mohamed formano la loro famiglia. Così mentre Mohamed lavora, Sarah si occupa della casa e dell'accudimento delle figlie e per qualche anno vivono sereni. Si trasforma in una storia di violenza e trascuratezza quando a causa della grave crisi economica Mohamed perde il lavoro, la loro abitazione finisce all'asta e probabilmente la fragilità psichica di Sarah, da tempo presente, si accentua con una sofferenza emotiva travolgente. Anno dopo anno, le liti tra Sarah e Mohamed si fanno più numerose ed i maltrattamenti del marito nei confronti della donna diventano sempre più violenti.

Quando, nel 2016, la situazione si fa estremamente drammatica la donna accetta l'aiuto dell'assistente sociale del Comune.

Fin dall'inizio del percorso, Sarah si dimostra

collaborativa ma al contempo non sembra in grado di mettere in atto autonomamente le sue funzioni genitoriali a causa delle bizzarre comportamentali che la contraddistinguono e che la rendono poco capace di comprendere il contesto che la circonda.

Dai racconti delle tre donne, emerge una vita di degrado, di isolamento e senza supporto sociale, caratterizzata da rimproveri, insulti e botte, dove allontanarsi era impensabile a causa della mancanza di soldi e di un posto in cui andare.

Negli anni, Maryam e Samira si sono prese cura della madre proteggendola dai maltrattamenti e giustificando i suoi comportamenti non sempre adeguati. L'arte di arrangiarsi ha permesso alle tre di sopravvivere in quel contesto, le ha rese vicine e solidali ma ha lasciato pesanti segni su ognuna di loro.

La messa in protezione richiesta dal Tribunale ha bruscamente interrotto il circolo della violenza ed ha introdotto un repentino cambio di scenari. In seguito all'allontanamento, le ragazze insieme alla madre si sono trasferite in un centro di primo intervento e successivamente in comunità.

Il padre nonostante i vari tentativi fatti dei Servizi, si è defilato.

Durante il percorso, accanto all'assistente sociale, il nucleo familiare è stato sostenuto dalla psicologa dell'ASST Franciacorta; l'ingaggio delle tre donne ha funzionato fin dalle prime fasi. Più difficile è stato per loro adattarsi alla vita comunitaria e alla costante presenza della rete di Servizi.

A settembre 2017, il giudice ha emesso un nuovo decreto in cui, viste le difficoltà di entrambi i genitori a recuperare le capacità genitoriali in tempi brevi, affida Maryam al Servizio sociale fino al compimento del diciottesimo anno di età. Per Samira invece la richiesta è l'affido familiare per due anni.

Prescrive inoltre ai Servizi di salvaguardare la profonda relazione esistente tra madre e figlie.

Concludendo, la storia qui riportata è stata ricostruita insieme alle tre donne, in primis Maryam; in merito a ciò è importante rimarcare come le storie che le persone trasmettono nel corso del processo di tutela minori, cambiano continuamente.

La narrazione di Maryam

Ogni narrazione è una spiegazione della persona e della sua realtà psicologica (Abbate e Massaro, 2007) ed ogni terapeuta considera i racconti fatti dai propri utenti come una risorsa indispensabile per avere informazioni e formulare ipotesi di funzionamento. Non sorprende quindi che nelle valutazioni psicodiagnostiche e nelle indagini psicosociali vengano utilizzati strumenti che si focalizzano sulle dimensioni narrative e conversazionali.

In questo contesto, al fine della comprensione della potenza della narrazione, vengono riportate alcune storie di Maryam stimulate dal Thematic Apperception Test (TAT) dove la ragazza ha narrato, in maniera ripetitiva, la violenza e la trascuratezza subita. Eccone alcuni esempi:

Tav. 3BM: "Questa è Maria, una signora buona, simpatica e brava che alcune volte è dispiaciuta per alcuni fatti. È triste perché ha subito violenze dal marito ma non ce la fa a lasciarlo, ad andare via, non ha il coraggio di andare a vivere da sola e fare una vita meno problematica, perché avendo tre figli, economicamente non ce la farebbe a mantenerli, quindi sta con il marito e subisce violenze perché lui è l'unico in grado di mantenerli".

Tav. 11: "Questo è un sentiero, pieno di sassi, che portava ad una casa, dove abitavano delle persone normali, una famiglia formata

da mamma, papà e tre figli: due maschi e una femmina. All'inizio i genitori si comportano bene, con il passare degli anni le cose sono peggiorate, litigavano spesso. Lei non riusciva a mantenere i bambini, non avendo un lavoro, quindi stava con il marito. Inoltre la casa era nascosta, un po' fuori dal mondo quindi lei ha dovuto sopportare tutto ciò". Per ultima la tavola numero 16, il racconto viene stimolato da una tavola completamente bianca.

Tav. 16: "C'è un papà e una mamma e tre bambini. All'inizio andavano d'accordo poi iniziano i litigi perché non si capivano più, si sono squilibrati. Alla mamma dispiace, al papà meno, anche ai bambini dispiace. La mamma si preoccupava che i bambini stessero bene, nonostante i litigi con il papà. La mamma non riusciva ad andare a vivere da sola perché aveva paura di non farcela, quindi è dovuta rimanere con suo marito". Burns (2006) afferma che oltre ad ascoltare ad apprendere dalle storie altrui, noi ascoltiamo anche le nostre storie, e più le raccontiamo, più esse tendono a diventare una realtà nel bene e nel male.

La storia che Maryam meglio conosce è quella della relazione tra i suoi genitori, questa è stata il centro della sua esistenza per anni: ha rinunciato alla frequentazione dei pari ed alla scuola per occuparsi della madre, vigilare ed intervenire quando le violenze del padre diventavano troppo frequenti. Per anni ed anni si è ripetuta la stessa storia e «la storia che racconta a se stessa (...) continua ad essere vissuta nella sua mente» (Burns, 2006, p.39).

Decostruire e ricostruire la trama narrativa, introdurre nuovi significati e un cambiamento nell'intreccio, a questo punto della storia, non è ancora possibile per Maryam.

La stretta vicinanza della ragazza con la

madre emerge con impeto nel racconto. In contesti di violenza, i bambini possono sviluppare comportamenti adultizzati d'accudimento verso i genitori e i fratelli (Luberti, Pedrocco Bianciardi, 2005) ed in Maryam sono evidenti, la ragazza assomiglia molto a Sarah, per esempio nel modo di vivere la propria cultura e di rappresentare il dolore: entrambe lo somatizzano o non reagiscono, il cambiamento le spaventa.

La paura si rivela nelle narrazioni di Maryam ma in lei, passa primariamente attraverso il corpo: soffre di enuresi notturna che si accentua nei periodi di forte stress o di cambiamento imminente; sviene di frequente ed ha spesso mal di testa.

I racconti che Maryam produce sono ben articolati e ricchi, mostra una padronanza linguistica molto lontana dall'immagine che mostra nei colloqui, dove è poco disposta a condividere i suoi pensieri. A tal proposito si rimanda al paragrafo sulle mie narrazioni e si riporta una breve descrizione della ragazza fatta dalle operatrici: "Maryam è una adolescente molto chiusa e riservata.

È stata la memoria della famiglia: ha descritto i primi anni di vita della sorella, i viaggi in Marocco, le violenze e l'indifferenza della comunità circostante. Appare emotivamente coartata, ipervigile e fatica a relazionarsi con gli altri. Idealizza alcune capacità della madre nel tentativo di immaginare un futuro possibile con una casa, un lavoro ed una stabilità mai avuta. Il futuro rappresenta per lei grande preoccupazione".

Le narrazioni stimolate da un potente strumento come il TAT ci raccontano le esperienze e l'immaginario della ragazza.

Qui il tempo è quello passato anche se ancora molto attuale; si rivela il bisogno di Maryam di raccontare, essere la detentrica delle memorie familiari rappresenta una

grande responsabilità che la fa restare vigile sul passato e meno orientata al presente ed al futuro.

Secondo Bruner (1992) narrare serve a costruire la realtà ma per Maryam abbandonare la trama narrativa in cui ha vissuto per tanti anni richiede tempo e un continuo lavoro di creazione e ricerca di storie alternative coerenti ed accettabili.

La narrazione di Samira

Samira viene descritta dalle operatrici come una bambina molto solare e con tanta voglia di fare e di sperimentarsi. È in grado di mettere in gioco molte risorse ma nel profondo nasconde molte paure infantili come quella del buio, degli sconosciuti o di situazioni nuove, trova rifugio nella fantasia.

Le sue narrazioni qui riportate sono estrapolate dal tema scolastico “La mia paura più grande”:

“Mio papà stava picchiando mia mamma, mentre stavo togliendo le mani di mio papà dalla mamma, lui mi ha spinto forte contro lo spigolo del tavolo ... quando mi sono svegliata avevo la fascia alla testa e mia mamma era contenta perché stavo meglio, erano le ventitré e avevo tanta paura che mio papà ritornasse, è a tal punto che mi feci la pipì addosso”.

Si tratta di un racconto autobiografico inerente alla sua passata vita familiare. Secondo Smorti (2007) nella narrazione autobiografica l'individuo abita le varie voci di sé e nel condividere le proprie memorie avviene un processo di trasformazione rivoluzionario: «un “sé” narra a sé stesso ma narrando a sé stesso, costruisce qualcosa che prima non c'era, un sé che, costruito in tal modo, a sua volta ri-diventa il narratore di sé stesso» (p.107), ciò va oltre il semplice ricordare.

Il contesto in cui avviene la narrazione di

Samira è la scuola. Se nel TAT di Maryam l'attenzione era posta sulla ripetizione di una trama narrativa dominante e sull'impossibilità di introdurre un cambiamento, qui è rilevante la relazione presente tra la scrittrice Samira, le maestre (lettrici) e il processo di comunicazione in un contesto diverso dal colloquio psicologico.

Per una miglior comprensione del contesto in cui è stato prodotto il tema è necessario mettere una cornice temporale. Nell'estate del 2016, Samira e la sua famiglia giungono in comunità ed a settembre la bambina inizia la frequenza della quinta elementare in una scuola nuova.

Fin dall'inizio si evidenziano lacune e difficoltà di apprendimento mentre a livello relazionale la giovane si integra facilmente adattandosi con impeto al nuovo contesto.

Dopo circa sei mesi dall'inizio della scuola, Samira produce questo tema, è un racconto coraggioso dove la bambina si confronta con la paura, il terrore e la vergogna e lo fa mostrandosi senza riserve nella relazione con le proprie insegnanti.

La bambina esprime anche il proprio bisogno di essere rassicurata, accudita, accettata nonostante le sue debolezze. Come la sorella, Samira soffre di enuresi notturna associata ad incubi.

Quest'ultimi spesso hanno come protagonista un uomo nero o il padre, non sono solo ricordi ma anche intrusioni violente della figura paterna nella sua vita attuale.

Anche nei colloqui con la psicologa rievoca le botte e gli insulti del padre e il terrore provato in tali situazioni.

Come molti bambini che hanno vissuto esperienze simili, la paura, le emozioni e le esperienze negative di Samira passano attraverso il corpo. Il suo disagio si esprime attraverso disturbi connessi ai bisogni fisio-

logici primari (eliminare le sostanze tossiche, dormire).

La scuola è un luogo in cui Samira sperimenta il sentirsi protetta, accudita, libera di poter esprimere anche le sue angosce più profonde. Esternare il suo sentirsi sicura condividendo una narrazione estremamente dolorosa è un segnale molto potente di apertura al cambiamento.

L'autobiografia può contribuire notevolmente a cambiare i comportamenti e gli atteggiamenti dell'individuo nei confronti di una realtà che potrebbe vivere come ostile e come motivo di disagio (White, 1992).

Demetrio (1996) evidenzia come il parlare di sé corrisponde a un desiderio di proiettare sé stesso al di fuori per guardarsi come in uno specchio e poter fare un bilancio della vita già trascorsa, prima di affrontare il futuro. Aggiunge l'autore: «Lo spazio autobiografico è il tempo della tregua, che ci aiuta perché non ci colpevolizza rispetto alla nostra molteplicità» (p.33).

Dare spazio e tempo all'ascolto delle storie dei bambini è fondamentale nel contesto di tutela minori, così come aiutarli nei tentativi di costruzione di nuove storie.

Le mie narrazioni

Quando ho deciso di affrontare il tema della narrazione riconnettendola a questa storia, ho cercato le prime informazioni su questa famiglia ed ho trovato le seguenti note: «caso di tutela minori, fine 2015, due sorelle di 12 e 16 anni, violenza assistita, genitori psichiatrici (madre: psicosi NAS; padre: personalità ossessivo-compulsiva con tratti narcisistici), funzioni genitoriali irrecuperabili in tempi brevi; in attesa di decreto per affido di Samira, Maryam maggiorenne nel 2018 (spada di Damocle)».

Da queste poche righe emergono le lenti

e i pregiudizi con cui mi sono approcciata a questo caso. È difficile dire quali si sono originati nella sottoscritta e quali invece ho assorbito dal Servizio di tutela minori.

Ho incontrato Maryam e Samira per la prima volta nell'estate 2017, entrambe di poche parole e con lo sguardo assente, altrove. All'epoca, in attesa del decreto attuativo, era importante per tutti gli operatori, me inclusa, comprendere il pensiero di Maryam visto l'incombente compimento della maggiore d'età, e presentificare il futuro prossimo dell'intero nucleo. Il colloquio mi parve rallentato e inconcludente, mi sentii disorientata e intorpidita. Le due ragazze sembravano incapaci di raccontarsi, di esprimere le proprie emozioni e pensieri, ed in qualche modo mi avevano contagiato. Al colloquio successivo la sensazione si ripresentò, la stessa già sperimentata da altri operatori nel relazionarsi con loro.

Nel TAT di Maryam emerge la sua abilità nel raccontare, capacità che sembra aver perduto o inibito nei colloqui mentre nel tema di Samira spicca il profondo desiderio di essere accettata che non traspare incontrandola. È possibile unire, dare un senso, a queste due immagini delle stesse ragazze?

Il tempo del nostro incontro è un tempo d'attesa: Maryam e Samira aspettano la ripresa della scuola ed un decreto che, non solo darà il via ad una nuova fase del processo di tutela ma le dividerà per un periodo. Ancor di più attendono la ripresa della loro vita, di una normalità e di un futuro che però è ricco di incognite ed incertezze: non hanno una casa e nemmeno soldi, la madre sembra non essere in grado di occuparsi di loro e il padre si è disinteressato da molto tempo. In merito a questo, Luberti e Pedrocco, Bianciardi (2005) sottolineano come spesso le vite dei bambini che riescono a sfuggire alla

violenza domestica, vengono ulteriormente sconvolte nella fase successiva quando spesso sono costretti a lasciare la propria casa, amici ed oggetti importanti, a volte sono trasferiti di scuola o vivono ristrettezze economiche, tutto ciò sconvolge il senso di appartenenza del bambino; e dunque influisce sull'identità e di riflesso sulla storia personale.

Un ulteriore pensiero che mi sovviene riguarda uno degli obiettivi del processo di tutela minori: il cambiamento. Alcune volte, i bambini li subiscono, costretti ad adattarsi a decisioni che li riguardano prese in situazioni emergenziali e vincolate da politiche e limiti di contesto. Non solo, ogni adulto coinvolto sembra avere una propria visione sulle priorità da agire per produrre un cambiamento significativo. La sottoscritta e probabilmente anche alcuni altri operatori, sono orientati al futuro, poco al presente, e percepiscono fortemente l'incalzare del tempo, al punto tale da percepirlo come fermo durante il colloquio con le due bambine.

Questo contesto di tutela orientato al domani, ha scordato che la ricostruzione di una storia parte dal passato, per giungere al presente e proiettarsi al futuro e che perché ciò avvenga bisogna permettere ai "pezzi" di storia di fluttuare nello spazio delle sedute e lasciare che, nel tempo, conducano ad una nuova costruzione della storia stessa (Bertrando, Boscolo, 2002). In questo specifico caso forse, la cosa più semplice da fare è sostare nel tempo di attesa insieme a Maryam e Samira. Sono così potenti i vissuti delle due ragazze da contagiare i propri interlocutori. Stare in quel tempo presente e di estrema incertezza, in un contesto orientato al cambiamento viene da me percepito come limitante, inconcludente.

Le aspettative degli operatori rispetto al fu-

turo emergono in modo lampante nei confronti di Maryam: il compimento dei diciotto anni viene definito una "spada di Damocle". Nella mitologia greca, questa spada simboleggia l'insicurezza derivante dalla responsabilità connessa ad un grande potere.

È forse, la spada di Damocle che avvertono è sopra di loro ed il sistema di cui fanno parte, dove il compimento della maggiore età rappresenta una *deadline* per il Servizio.

Maryam è solo un'adolescente e, nel qui ed ora, sa qual è il suo bisogno: avere una casa ed una stabilità; Samira invece vuole essere accettata e smettere di avere paura. A tal proposito, Luberti e Pedrocco Bianciardi (2005) rimarcano il desiderio dei bambini, che vivono il processo di tutela, di vedere riconosciuti i loro bisogni e di essere inclusi rispetto alle decisioni che li riguardano.

Delle volte per far ciò è utile fermarsi e stare a contatto con le emozioni e le narrazioni che fluttuano nel colloquio e nel contesto di cui si è parte. Soprattutto in un contesto in cui i cambiamenti si susseguono a gran ritmo.

Conclusioni

Nella relazione terapeutica si può dar senso a esperienze che possono sembrare terribili e attraverso le narrazioni queste possono divenire affrontabili ed ammissibili, anche in situazioni incerte come quelle che si vivono nel percorso di tutela del minore.

Fermarsi a dar voce a Maryam e Samira è stato fondamentale per il cambiamento delle mie trame narrative e del mio modo di porsi all'interno di un contesto delicato come quello presentato.

Oggi, la storia di queste due sorelle sta vivendo un nuovo cambiamento: la separazione del nucleo familiare con l'affido di Samira. Nuovi intrecci si stanno intessendo

tra tutti i soggetti coinvolti e la loro storia, in continuo divenire, sta portando con sé nuove sfide ed opportunità.

Burns (2006) riflettendo su come pianificare le storie terapeutiche suggerisce di “fermarsi, osservare ed ascoltare” ovvero di prendersi una pausa mentale per osservare cosa sta succedendo ed eventualmente regolare la storia che si sta narrando per renderla più efficace. Credo che la stessa cosa valga quando ci si trova di fronte a narrazioni altre, non costruite a scopo terapeutico, perché ogni narrazione può essere agita in maniera terapeutica se aiuta l’ascoltatore a intravedere altri mondi possibili, a raccontarsi in maniera differente.

Accompagnare le persone, ed in particolar modo i bambini, in questo processo, implica grande responsabilità. In particolare, nell’ambito della Tutela minori, la rivisitazione della storia è un compito essenziale che presuppone una relazione di fiducia e di vicinanza emotiva, che si può creare solo lontano dalla logica emergenziale (Chistolini, 2006).

L’invito rivolto dunque agli operatori di questo ambito è quello di agire con metodo, attenti alla voce dei più piccoli ed ai bisogni che ci portano senza lasciarsi spaventare dalle loro difficili storie.

Bibliografia

- Abbate, L. Massaro, V. (2007). *La valutazione delle relazioni oggettuali e delle rappresentazioni sociali con il TAT. La Social Cognition and Object Relations Scale di Drew Westen*. Milano: Raffaello Cortina
- Bateson, G (1984). *Mente e Natura*. Milano: Adelphi
- Bertrando, P., (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflessioni sistemiche*, 6: 154-165
- Bertrando, P., Boscolo, L. (2002). Il sistema e la critica. Dialogo fra maestro e allievo. *Connessioni*, 10: 11-21
- Bruner J. (1992). *La ricerca del significato*.

Torino: Bollati Boringhieri

- Bruner J. (2002). *La fabbrica di storie. Diritto, letteratura, vita*. Bari: Laterza
- Burns, G. (2006). *101 storie che guariscono. L’uso di narrazioni in psicoterapia con bambini e adolescenti*. Trento: Erickson
- Cirillo, S. (2005). *Cattivi genitori*. Milano: Raffaello Cortina
- Chistolini, M. (2006). Accompagnare i bambini dalle difficili storie familiari: alcune considerazioni alla luce della teoria dell’attaccamento, *Terapia familiare*, n.80, pp. 61-86
- Demetrio D. (1996). *Raccontarsi. L’autobiografia come cure di sé*. Milano: Raffaello Cortina
- Ghezzi, D., Vadilonga, F. (1996). (a cura di). *La tutela del minore*. Milano: Raffaello Cortina
- Luberti, R., Pedrocco Bianciardi, M.T. (2005) (a cura di). *La violenza assistita intrafamiliare. Percorsi di auto per bambini che vivono in famiglie violente*. Milano: FrancoAngeli
- Papadopoulos, R.K., Byng-Hall, J. (1999). (a cura di). *Voci multiple: la narrazione nella psicoterapia sistemica familiare*. Milano: B. Mondadori
- Smorti, A. (2007). *Narrazioni. Cultura, memorie, formazione del sé*. Firenze: Giunti
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio

Il lupo dentro di noi. Metafore di crescita per un ragazzo e la sua terapeuta

Paola Michielon¹

Sommario

Questo lavoro nasce da due persone: un adolescente in cerca di sé stesso ed una terapeuta curiosa di poter cambiare insieme a lui. Con l'analisi del caso clinico l'autrice racconterà un profondo percorso di crescita e cambiamento. Attraverso la metafora del lupo verranno esplorate le emozioni difficili e portata alla luce la parte oscura presente in ognuno di noi, facilitando la consapevolezza emotiva, la creazione di confini, di ruoli e promuovendo la costruzione di nuovi significati.

Si farà riferimento alla teoria dell'attaccamento, con particolare attenzione all'intreccio transgenerazionale e al sistema motivazionale agonistico. Ripercorrendo i momenti più salienti l'autrice analizzerà il sistema familiare, i ruoli e i confini, descrivendo gli interventi che hanno prodotto un cambiamento nel sistema branco. Discuterà del concetto di potere terapeutico raccontando un intervento effettuato e i suoi risvolti in famiglia.

Per ultime ma non meno importanti, in quanto parte dell'intero lavoro psicoterapeutico con il ragazzo, saranno descritte alcune immagini e metafore utilizzate nel percorso, riprendendo i principali contributi sistemici sull'argomento.

Parole chiave

Metafore, adolescenza, emozioni, potere, confini, sistema motivazionale agonistico.

Abstract

This work comes from two people: a teenager looking for himself and a therapist who is curious to be able to change with him. With the analysis of the clinical case the author will tell a deep path of growth and change.

Through the metaphor of the wolf the difficult emotions will be explored and brought to light the dark part present in each of us, facilitating the emotional awareness, the creation of boundaries, of roles and promoting the construction of new meanings.

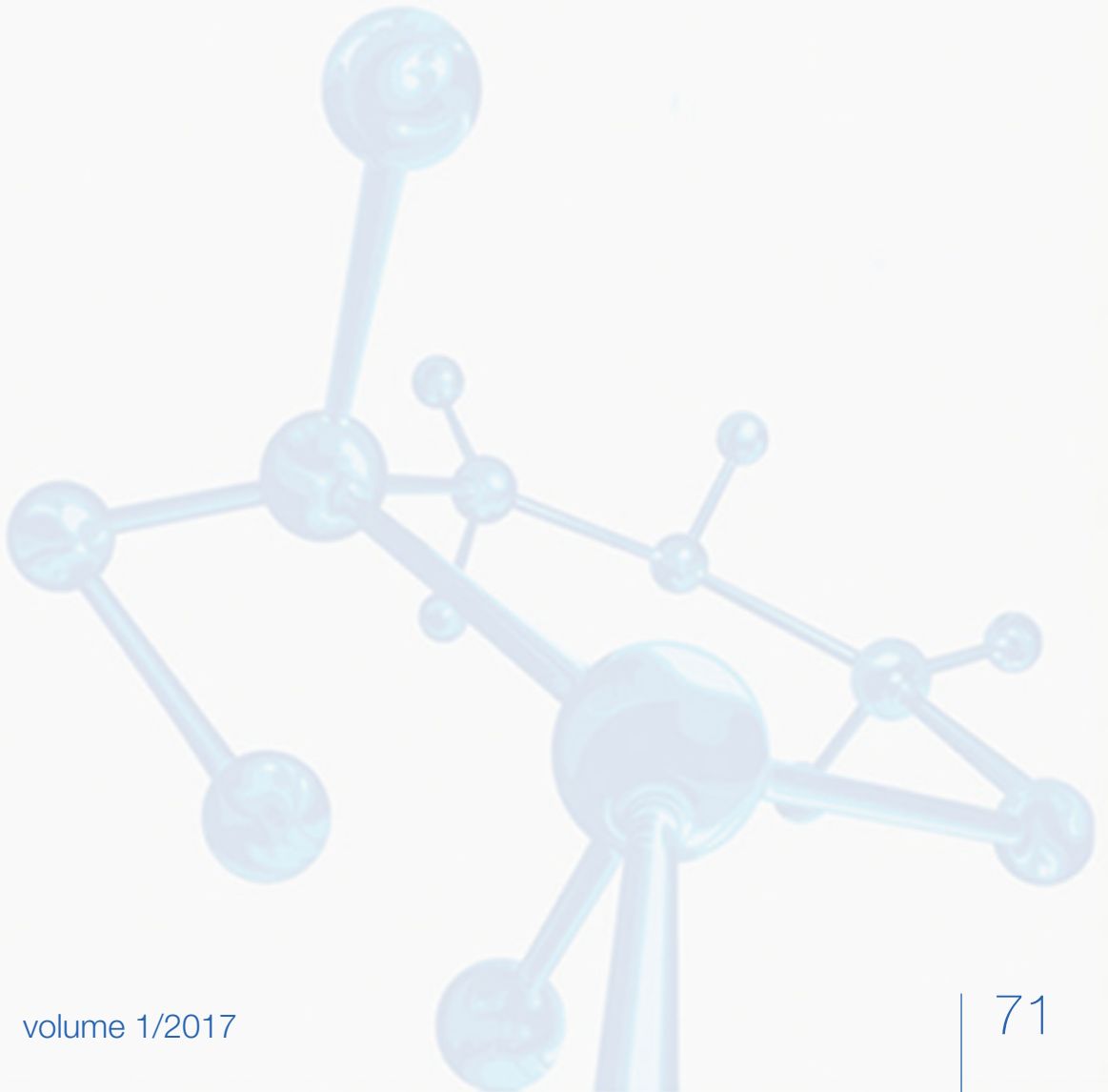
Reference will be made to attachment theory, with particular attention to the transgenerational intertwining and the agonistic motivational system. Retracing the most salient moments, the author will analyze the family system, the roles and the boundaries, describing the interventions that have produced a change in the herd system. He will discuss the concept of therapeutic power by recounting an intervention carried out and its implications in the family. Last but not least, as part of the entire psychotherapeutic work with the boy, some images

¹Paola Michielon Allieva 4° anno Idipsi mail: paolamichielon@yahoo.it

and metaphors will be described in the path, taking up the main systemic contributions on the subject.

Keywords

Metaphors, adolescence, emotions, power, boundaries, competitive motivational system.



«I due grandi problemi dell'adolescenza sono: trovarsi un posto nella società e, allo stesso tempo, trovare sé stessi»
Bruno Bettelheim

Storia di un cucciolo di lupo che doveva essere cattivo

Quando la famiglia di Luca mi contattò, mi chiesi cosa avrei potuto fare per loro, o meglio, insieme a loro. Ho imparato che in questo lavoro, forse un po' per caso o per fortuna, spesso si presentano situazioni che ci permettono di crescere come terapeuta e come persona; i "pazienti" non arrivano mai per caso, assieme alla loro storia e al loro disagio portano spesso importanti apprendimenti, anche di tipo 2, come direbbe Bateson. Ero curiosa di scoprire cosa mi avrebbe insegnato questa famiglia.

Luca aveva 15 anni e frequentava la seconda superiore in un liceo, ma aveva da poco deciso di abbandonare la scuola.

A nulla servirono le liti, le minacce e i ricatti messi in atto dai genitori. Arrivarono da me come ultima spiaggia, nelle loro parole il mandato "pensaci tu a sistemarlo" era molto evidente.

Appena fatti accomodare nel mio studio i genitori mi raccontarono quasi subito un fatto per loro molto importante, avvenuto circa un anno prima. Luca ebbe un agito di violenza durante una lite, si azzuffò con la madre e le ruppe gli occhiali. Episodio rimasto "in sospeso" ma ancora permeato di angoscia. Si lamentavano molto della situazione attuale, sottolineando come fosse tutta colpa di Luca, come lui fosse sbagliato, come si fosse "spento" improvvisamente, nonostante loro avessero fatto il possibile. Parlavano di lui, non "con" lui, anche se il ragazzo era lì presente con orecchie capaci di ascoltare. Si esprimeva poco, aveva lo sguardo basso

ma osservava timidamente l'ambiente, si limitava a fare qualche espressione annoiata quando qualcuno si rivolgeva a lui, come se conoscesse quella lezione a memoria. Chiesi ai genitori se fossero d'accordo a lasciarci soli per un po'. Appena uscirono dallo studio lui mi guardò per un attimo fugace negli occhi. Subito mi chiese: "ma quello che ci diciamo adesso lo dirai ai miei?" Lo tranquillizzai sul segreto professionale, "riferiremo insieme ai tuoi genitori solo ciò che vorrai." Luca emise un profondo sospiro e con aria sollevata iniziò a raccontarsi spontaneamente come un fiume in piena. Si descrisse come uno tosto, un po' egoista e distaccato, non gli importava cosa pensassero i genitori.

Lui ormai era grande e dovevano rispettare le sue scelte. Parlammo delle sue passioni, di telefilm, fumetti, disegni e animali. Amava molto gli animali. In particolare riferì di sentirsi molto attratto dal lupo, come dimostrato dalla maglietta che indossava, raffigurante un bellissimo lupo grigio ululante. "Cosa ti piace del lupo?" - chiesi, lui ci pensò un attimo, poi rispose: "È cattivo, selvaggio e fa paura a tutti".

Il lupo ha una natura ambivalente, un dualismo affascinante e misterioso che ha sempre affascinato anche me. Nei miti e nelle leggende ritroviamo spesso la figura del lupo, con molteplici significati. Incarna la doppia veste di bestia selvaggia, portatrice di morte e distruzione e, al tempo stesso, iniziatore e portatore di conoscenza. Rappresenta la luce primordiale originale e lo si ritrova, infatti, al centro di tutte le antiche tradizioni nordiche: è l'animale che vede la notte e i suoi occhi al buio sono luminosissimi (Morel, 2016). La figura simbolo del lupo come bestia selvaggia ci riporta alla tradizione psicanalista di Jung, che nella sua analisi

si degli archetipi poneva grande attenzione all'Ombra, descrivendola come la rappresentazione del lato inferiore ed animale della personalità, ereditato nel cammino evolutivo (Jung, 1968). Secondo Jung la maggior parte della nostra Ombra deriva dalla repressione delle emozioni che scivolano nell'inconscio e diventano sempre più potenti perché non le viene permesso di esprimersi. La nostra storia terapeutica inizia così, parlando di lupi, animali e mannari, immagini e metafore che ci accompagneranno durante il percorso, portando l'attenzione al lupo feroce che ognuno di noi ha dentro.

Concludendo il colloquio insieme ai genitori scelsi di proporre un percorso individuale per il ragazzo e non una terapia familiare, almeno per quel momento. Però, in accordo con Luca chiesi ai genitori di effettuare almeno un colloquio individuale per esplorare meglio i loro vissuti e le famiglie di origine, per cercare di analizzare il mondo o il contesto di cui faceva parte il mio paziente. Con il termine "contesto" ci si riferisce ad una delle pietre miliari del pensiero sistemico. Bateson (1977) intende il contesto come una matrice di significati: nessun fatto può essere spiegato senza considerare l'intreccio delle circostanze entro cui tale fatto emerge e si sviluppa. Quest'ottica cambia profondamente le modalità attraverso cui il sintomo, la diagnosi e il trattamento vengono considerati, ridefinendoli in termini relazionali. Provai inoltre a gettare le basi per alcuni interventi con i genitori: desideravo vederli ogni due/tre mesi per confrontarci e aggiornarci sulla situazione del figlio e della famiglia. Da una parte, Luca era timoroso pensando di poter essere il centro della conversazione, ma dall'altra sembrava incuriosito all'idea che io parlassi con loro.

Il branco generazionale

Quasi regolarmente le famiglie arrivano in conflitto, aperto o implicito, sulla definizione del vero problema da risolvere (Selvini, 2011). Non è facile "accordare" teste così diverse, ma di sicuro non possiamo allearci con nessuna delle fazioni, dobbiamo inventare un problema da risolvere che punti a metterli tutti d'accordo, nel segno del riconoscimento della sofferenza dell'adolescente (Selvini, 2003). I genitori dimostrano da subito enormi difficoltà nel relazionarsi, sia tra loro che con il figlio; l'unica cosa su cui per il momento sono in accordo è la necessità di intervenire con Luca, anche se il padre non crede nella soluzione della psicoterapia è disposto a tentare, ma non a mettersi in gioco in prima persona. Michele e Grazia hanno 45 anni, si sono conosciuti da ragazzi e sono stati una coppia fino al 2014, anno in cui Grazia decide di volersi separare. Luca e sua sorella vivono dalla madre e raggiungono il padre due weekend al mese. Nei colloqui individuali si accusano a vicenda per la rottura del loro matrimonio e per i comportamenti del figlio, le parole che riecheggiano sono sempre le stesse: "è l'altro ad essere sbagliato, quindi non serve che io sia qui". Cercano costantemente di portarmi dalla loro parte forse per sentirsi legittimati nei loro comportamenti. È difficile restare in equilibrio tra le parti in un sistema di questo tipo, invischiante e disfunzionale, ma è fondamentale non farsi risucchiare nel gioco di ruoli che mettono in atto. Sono una famiglia con confini labili e ovviamente anche i confini della terapia subiscono degli scossoni durante il percorso, perché faticano a stare al proprio posto e a lasciare fare a me e Luca il nostro duro lavoro. Nella costruzione di un'ipotesi sistemica iniziale provo a spostare il focus dal paziente designato e a

ridefinire un problema portato come individuale, almeno dai familiari, in un problema relazionale. Rimando un'ipotesi di rilettura del sintomo del ragazzo come un sintomo di sofferenza, forse collegata ad una posizione sfavorevole che è venuto ad occupare nel sistema familiare, per circostanze non legate alla cattiva volontà di alcuno.

Dalle esplorazioni individuali emergono una madre pressante e ansiosa e un padre evitante e incapace di imporsi. Mi interrogo su come abbiano funzionato per circa 20 anni e come sia stato emotivamente l'ambiente familiare in cui Luca è cresciuto. Sono entrambi feriti e si sono costruiti modalità di sopravvivenza, un incastro che per tanto tempo gli ha permesso di stare in piedi come famiglia, anche se zoppicando, finché Grazia non è più stata al gioco e ha rotto il meccanismo. E due anni dopo la fine del loro matrimonio Luca, ex bambino un po' testone ma tranquillo, che finora non ha mai dato particolari problemi, inizia la sua sfida e mette in atto la sua protesta. D'altronde se questo è il branco, chi comanda qui?

Attaccamento e rango

Dalle narrazioni delle storie personali dei genitori sembra che nessuno dei due abbia avuto le condizioni per sviluppare uno stile di attaccamento sicuro. Ho approfondito gli stili di attaccamento dei genitori e del ragazzo perché ritengo importante per questa famiglia usare anche un'altra lente che aiuti ad ampliare lo sguardo sulla complessità delle relazioni. L'approccio sistemico integrato, principale nella mia formazione, permette di aggiungere un atteggiamento di curiosità e di osservare con un'angolazione che per molti aspetti si pone in continuità con le teorie sull'attaccamento.

Ritengo probabile che Luca abbia sviluppa-

to un tipo di attaccamento ansioso, come la madre. Nel tentativo di evitare di sottoporre i figli al medesimo disagio ed alla mancanza di amore provata, Grazia riconosce di essere stata troppo controllante e ossessiva.

Ma un aspetto fondamentale in questo caso clinico è l'attivazione del sistema motivazionale agonistico di competizione, o di rango, di cui il comportamento di Luca è un chiaro esempio. Questo sistema è finalizzato alla definizione dei ranghi di potere e di dominanza/sottomissione per regolare all'interno di un gruppo il diritto prioritario di accesso alle risorse. La sequenza emozionale tipica del sistema di rango vede la collera, che accompagna lo scambio di segnali di sfida, seguita dalla paura, che si manifesta allorché, durante lo scambio, ci si rende conto delle maggiori capacità agonistiche dell'altro (Liotti, Monticelli, 2014). È possibile leggere la guerra che il ragazzo metterà in atto soprattutto con la madre, come l'attivazione del sistema di rango. La fa arrabbiare e si sottrae a lei, la manipola, controlla la situazione dettando regole e cercando di essere il leader, di affermarsi come portatore del rango superiore. Mettendo in atto questi comportamenti probabilmente cerca un avvicinamento controllante, attirando a sé la figura di attaccamento, in modo da farsi inseguire ed averla tutta per sé. Il sistema si può disattivare con l'attivazione di un altro sistema motivazionale, per esempio quello cooperativo, spesso messo in azione all'interno di una buona relazione terapeutica.

Confini ed emozioni in famiglia e in terapia

Nei primi colloqui proposti al ragazzo un test chiedendo di scegliere la sua famiglia tra quelle proposte nei disegni, invitandolo ad usare i pennarelli se desiderava cambiare

qualcosa. Emerse chiaramente come percepisse fuori dal nucleo il padre quando lo tagliò via con dei cerchi colorati. Lo descrisse come un fantoccio, un uomo manipolabile, senza potere, un po' inutile e stupido, a cui però voleva bene. "Non voglio diventare così da grande" disse. Anche in Luca però ci sono aspetti evitanti, soprattutto riguardo le emozioni negative da cui rifugge, ma in lui c'è una spinta alla presa di posizione ben diversa, mi interrogo sul significato di questa opposizione portata avanti con estrema fatica e costanza. Cosa significa per lui? Quando e perché ha dovuto assumersi quel ruolo?

A tal proposito mi sovengono i lavori di Minuchin (1977) con le famiglie problematiche, in cui si evidenziava la necessità di intervenire sulla riorganizzazione di strutture, ruoli mal definiti, caratterizzate da confusione e imprevedibilità. Anche Haley (1983) basava il suo intervento strategico su una profonda attenzione al problema delle gerarchie e dei confini tra i diversi livelli generazionali: sono il disordine e la fragilità di questi confini a provocare disfunzione e patologia nell'intero sistema familiare. In questa famiglia c'è molta confusione nei ruoli: un figlio vuole fare l'adulto e comandare, un padre che non si assume responsabilità, una madre ansiosa che finora è stata il pilastro gravitazionale e una figlia che sembra fare da mediatrice. Nessuno ascolta veramente l'altro, ormai non si parlano più con le parole ma con i fatti.

Ho la sensazione che nella modalità di Luca di delineare e rimarcare i propri confini ci sia una richiesta implicita di confini da parte dei genitori. Le continue sfide che il ragazzo lancia a sua madre la portano a reagire alzando la posta, vietandogli cellulare, pc e altro. Finché un giorno succede qualcosa

che crea una rottura, una grossa lite tra madre e figlio porta Grazia a mandarlo a vivere dal padre, dicendogli di tornare solo quando avrebbe aderito alle regole di casa sua.

Lui, arrabbiatissimo e trattenendo le lacrime agli occhi va in camera a fare la valigia. Poi prima di andarsene però, prende una forbice e ritaglia il suo viso da ogni fotografia di famiglia appesa in casa.

Riconessioni possibili?

I confini sono l'espressione delle regole familiari che definiscono il ruolo di ognuno, l'invisibile insieme di aspettative che determina il comportamento di ogni membro all'interno del sistema stesso. Luca si era ritagliato via, aveva costruito dei confini con le forbici. Era andato dal padre nonostante fosse l'ultima cosa che voleva, piuttosto di cedere a sua madre, portando via la sua immagine in piccoli pezzi di sé, quasi come se volesse dire "se non mi accetti così, non ti permetto nemmeno di guardarmi". Quando lo vidi mi disse di essere sicuro che tra qualche giorno sarebbe tornato dalla mamma, ma la sua espressione non sembrava confermare la tranquillità verbale, anzi appariva impaurito. E così fu. Non se l'aspettava, sua madre era sempre tornata indietro, sottomettendosi. Si creò un'escalation che durò un mese e mezzo circa, in cui lui sfida, rinnega e chiede attenzioni. Un giorno improvvisamente gli chiesi:

"Se il lupo dentro di te potesse parlare cosa direbbe?"

L: "Ululerebbe molto forte".

T: "Tu sai perché i lupi ululano?"

L: "L'alfa per comandare il branco e poi per comunicare credo"

T: "Sì è vero ululano per richiamo sociale. Ma lo fanno in modo diverso da come potresti pensare. Il lupo alfa inizia con il primo

ululato di tono basso, durante il quale gli altri sono obbligati ad essere attenti. Segue l'ululato del lupo beta che assume una tonalità più alta ed è più lungo ed infine ai lupi di basso rango spettano versi più eterogenei, anche simili all'abbaio, che servono a dare l'impressione di un gruppo più numeroso di quanto non sia in realtà. Quindi il capobranco per comunicare non deve ululare più forte di tutti".

L: "Davvero? Pensavo che fosse l'alfa a urlare più forte"

T: "Probabilmente non ha bisogno di alzare la voce per farsi ascoltare".

Ho descritto questo breve passaggio perché dopo questo incontro noto in lui dei piccoli cambiamenti comunicativi con la madre. Dice di aver capito che la mamma non cederà e lui inizia ad essere provato. È stanco di urlare e di non essere ascoltato e forse alla fine non serve. Ma deve mantenere ancora la sua posizione, se cede ora ha perso.

Dare confini alle emozioni

Ognuno di noi crescendo fa esperienza di tutte le emozioni, impariamo a conoscerle, a sentirle. Con le emozioni positive è facile ma con quelle negative non è sempre immediato. Soprattutto perché raramente ci viene insegnata la capacità di vivere e di gestire un'emozione come la rabbia, per esempio. Non è scontato saperlo fare. La rabbia è una risposta naturale ed adattiva che permette di difenderci nel momento in cui siamo attaccati. Esiste però anche una rabbia esplosiva, che non è sana, quella che viola i diritti degli altri, che fa aggredire le persone o fa rompere oggetti. Questa rabbia distruttiva spesso è il tentativo dell'adolescente di avere qualcuno che gli dia dei limiti e lo aiuti a ritrovare i confini in cui stare.

All'inizio del percorso Luca aveva enormi

difficoltà a sostare sulle emozioni. Emergevano "pezzi" di rabbia, sempre più grandi, ma le altre emozioni sembravano chiuse in un compartimento stagno. A volte diceva di non sentire nulla, altre di essere fuso con la sua rabbia. Così provammo a dare confini e disegnare dei contorni a quella rabbia.

Si potrebbe vedere la terapia come uno spazio, un contenitore dove poter mettere le emozioni negative, almeno per un'ora. E diverse ore del percorso di Luca sono state dedicate ad ascoltare quegli ululati di rabbia, divenuti piano piano sempre meno forti e più comprensibili. Un giorno mi disse che sentiva come se avesse dentro il torace una gabbia con un piccolo uccellino indifeso e triste. Descrisse la sua metafora nei particolari ponendo l'attenzione su come questa rabbia lo aiutasse a non sentire la tristezza. Identificare una parte fondamentale di lui, la parte del lupo cattivo, quello che doveva aggredire e fare la voce grossa con tutti, per proteggerlo, permise di fare un salto di livello nella sua consapevolezza emotiva.

La rabbia è una delle emozioni più presenti durante l'adolescenza, attraverso di essa il ragazzo si sentiva più potente, perché questa emozione diminuiva il senso di vulnerabilità che poteva provare in certe situazioni. Ogni volta che lui si sentiva debole doveva dimostrare a sé stesso e agli altri che non lo era. Mi sembrava però che Luca fosse impaurito dall'idea che lavorare su quella rabbia in terapia l'avrebbe obbligato ad abbandonarla. Gli spiegai che non avremmo eliminato nulla, l'obiettivo era far emergere, rielaborare e reintegrare in modo più funzionale per l'individuo.

La parte cattiva di sé non può essere cancellata, tutti noi abbiamo una parte oscura, importante da conoscere.

Gli proposi di dare un nome a questa parte

di lui per raggiungere ancora più consapevolezza e per aiutarlo a porla ai confini di sé, non più al centro. Decise di chiamarla “il lupo bianco” definendolo come un lupo saggio e forte, che si faceva sentire solo quando c’era davvero pericolo. Identificammo il punto dove sentiva questa sensazione a livello corporeo per poterla richiamare, se avesse avuto bisogno in situazioni future di difendersi seriamente avrebbe potuto ricercare dentro di sé questa figura saggia e forte. Ma la rabbia dov’era finita?

Non era sparita completamente, ma non aveva ugual bisogno di assolvere la funzione difensiva. Penso che prendere coscienza di ciò che originava questa emozione, sia come protettività che come richiesta di confini e chiarezza, abbia permesso a Luca di mettersi in pausa dalla tensione del tiro alla fune e di modificare la sua posizione all’interno della famiglia.

Potere terapeutico e cambiamento nel sistema

Nel periodo dell’allontanamento dalla madre fu molto difficile per me restare in una posizione neutrale. Da una parte stavo costruendo una relazione profonda con lui, ponendomi come adulto competente da cui si sentisse compreso e accettato, dall’altra ero ben consapevole dei problemi che Grazia affrontava ogni giorno, comprendendo pienamente le sue ragioni. Madre e figlio continuavano la loro guerra, cercando di imporre la propria realtà sull’altro ridotto a oggetto, mentre il padre faceva da spettatore. Le cose degenerarono ed iniziò un’escalation anche tra i genitori, che sfociò in una lite sull’aspetto economico e sulle responsabilità. Nessuno parlava con nessuno, sembravano isole separate.

Decisi di vedere i genitori insieme, senza il

ragazzo ma con il suo consenso.

Arrivarono nel mio studio separatamente, appena si videro si scambiarono sguardi cupi e iniziarono subito ad attaccarsi, con offese e minacce. Cercai di rimanere imparziale per quanto possibile e infine stanca, intervenni: “provate ad ascoltarvi e chiedetevi cosa dovrebbe imparare Luca da questo comportamento, se questo è ciò che gli è stato insegnato e che vede tutti i giorni, come può essere diverso?

Siete voi i genitori, coloro che dovrebbero essere d’esempio, se per primi vi mancate di rispetto e non vi ascoltate, come potete pretendere da un quindicenne un comportamento adulto?

Lo avete mai ascoltato veramente, con attenzione e interesse? Forse vostro figlio non poteva fare altro che mettere in scacco il sistema per poter essere visto e ascoltato”.

Non avevo mai fatto un intervento simile con quel tono, fermo e autorevole. Mi chiesi se avessi esagerato, anche se avevo usato il loro stile comunicativo, forse l’unico linguaggio comprensibile. Subito dopo capii che avevo toccato qualcosa.

Entrambi si zittirono, le urla si spensero e i toni cambiarono. Grazia con occhi lucidi prese la parola: “hai ragione, oddio cosa stiamo facendo, non possiamo andare avanti così”. Luca era molto curioso del colloquio avuto con i suoi genitori.

Li aveva visti poco dopo ed era rimasto colpito trovandoli un po’ scossi e privi dell’astio abituale. Sapeva che potevo non dirgli nulla, ma in modo un po’ scherzoso mi chiedeva informazioni. Colsi l’occasione per chiedergli di cosa pensava avessimo parlato. “Sicuramente avranno litigato e parlato di me, insistendo per farmi tornare a scuola ecc...”. “No - gli dissi - “abbiamo parlato poco di te, però hai ragione hanno litigato e li ho dovuti

rimproverare”.

“Li hai rimproverati?” - mi chiese incredulo con aria sorpresa. Sorrisi ma non gli raccontai altro, non rivelai i dettagli e lui non li chiese. Sembrava avesse già avuto la risposta che desiderava. Rimase molto stupito che io avessi “rimproverato” i suoi genitori e per tutto il colloquio sembrò sollevato e più sereno.

Qualche giorno dopo la madre mi scrisse per riferirmi che il ragazzo aveva chiesto di poter dormire da lei per una notte, promettendo di fare il bravo. Una notte che diventò una settimana. Nel colloquio successivo Luca mi riferì di aver parlato con sua madre e che sarebbe tornato a vivere da lei, con l'accordo del padre. Fino a due settimane prima chiedeva di non essere più sotto la tutela di sua madre, escludendola dalla propria vita. Ora aveva ridefinito e accettato le regole, era tornato a casa e fingeva di essere addormentato per farsi rimboccare le coperte. Cos'era successo?

Penso che i fattori di cambiamento nel sistema siano stati diversi, proverò a descriverne alcuni. In primis assumere una posizione autorevole come terapeuta, potrebbe aver aiutato i genitori a risintonizzarsi con loro stessi e a vedere le cose da un'altra prospettiva. Ma soprattutto potrebbe aver liberato il ragazzo da una posizione di controllo e potere che esercitava nei loro confronti.

Inoltre, come descritto in precedenza, comprendendo la sua rabbia come modalità difensiva, forse il suo movimento di ribellione per tenere in scacco la famiglia non serviva più. Qualcun altro percepito come competente e autorevole era intervenuto sul sistema e aveva fatto abbassare le armi a tutti, non c'era più nessuno contro cui sparare.

La percezione di sostegno al “sintomo” di Luca come legittimo e inevitabile in quella

condizione, potrebbe aver attivato il processo dell'intervento paradossale, in cui la prescrizione del sintomo si rivela la soluzione per il suo abbandono.

In questo caso non prescrissi letteralmente il sintomo, ma ritengo che aver legittimato il suo comportamento, apparentemente rimproverando i suoi genitori, gli abbia permesso di lasciare la presa. Creando quella situazione in cui il paziente non può non reagire, ma non può neppure reagire ad essa nel suo modo consueto, sintomatico, venendo quindi messo in una situazione insostenibile, riguardo alla sua patologia, si attiva inevitabilmente un cambiamento.

Il terapeuta in quanto outsider è in grado di provocare quello che il sistema stesso non è in grado di produrre: un cambiamento delle proprie regole (Watzlawick et al., 1971).

L'intervento psicoterapeutico potrebbe quindi consistere sostanzialmente nel formare un sistema nuovo e allargato in cui non solo è possibile guardare il vecchio sistema dall'esterno ma co-costruire nuovi significati all'interno di esso.

Metafore di crescita: trovare parole nel buio

Una fase importante del lavoro con Luca iniziò quando viveva dal padre, periodo in cui si sentiva svuotato e annoiato. Ne parlerò ora per motivi stilistici, ma è stato svolto in contemporanea al lavoro sulle emozioni precedentemente descritto.

Un giorno si sentiva particolarmente apatico, così decisi di proporgli un gioco con un mazzo di carte fantasy per stimolare la creatività e aiutare la riflessione su di sé. Era sempre molto incuriosito quando proponevo qualcosa che lui giudicava fuori dai canoni dello psicologo. Sparsi il mazzo sulla scrivania e gli chiesi di scegliere due carte,

una che esprimesse sé stesso in quel momento e l'altra il sé stesso di un anno fa, prima dell'inizio della "ribellione". Le esaminò con calma commentandone alcune, poi ne scelse due. La carta riferita all'anno prima raffigurava una grande donna sdraiata nel mare ad osservare una piccola barchetta che cercava di avanzare tra le onde. Si identificò con la barchetta, come lui stava cercando di destreggiarsi nel mare, non ancora in burrasca ma leggermente increspato. Definì la carta come la quiete prima della tempesta. Come carta del presente scelse una donna con corpo da violoncello da cui usciva la musica ed un pentagramma su cui si arrampicano due bambini.

La sua spiegazione fu molto curiosa: la definì come la sua capacità di non ascoltare, o meglio di ascoltare solo la sua musica per non sentire quella degli altri, era il suo modo di "fregarsene", mi disse. Gli chiesi cosa c'era in mezzo a queste due carte. Come poteva riempire quell'anno trascorso?

Contento di poterne usare altre tornò subito ad esaminare il mazzo, ne scelse quattro, le inserì in ordine e spiegò il loro significato. Osservandole si poteva leggere la sua storia. L'ultima carta scelta aveva colori cupi. Un bimbo e una bimba camminavano per mano con aria preoccupata, da dietro il bimbo emergeva l'ombra di un grande lupo e si proiettava sul muro in tutta la sua grandezza. Si ritorna al lupo da cui siamo partiti e a cui spesso facciamo riferimento sotto forma di metafora.

Analizzammo le carte e insieme trovammo interpretazioni diverse, possibili nuovi modi di vedere le cose, realizzando una rielaborazione in chiave simbolica della sua esperienza.

La metafora è l'immaginazione creativa nella psicoterapia. Chi crea le metafore trae dal-

la sua immaginazione creativa un'immagine che assomiglia ad una struttura di pensiero presente in una specifica situazione, a cui l'immagine metaforica si riferisce.

Poiché la conoscenza immaginifica ha un ruolo centrale anche nel linguaggio metaforico e nella conoscenza metaforica, gli interventi clinici basati sulle metafore sono particolarmente indicati nell'obiettivo terapeutico di creare nuove strutture e connessioni. Diversi autori della psicoterapia sistemica hanno affrontato il concetto e lo hanno introdotto nella loro pratica.

Il primo ad utilizzarla in modo sistematico è stato Milton Erickson, con l'obiettivo di stimolare nei pazienti il riconoscimento di un significato implicito o subliminale all'interno dei suoi racconti e dei suoi aneddoti, inserendo metafore simili alla situazione reale (Bandler e Grinder, 1984).

Per Bateson (1977) la metafora è il principio con cui l'intera struttura degli esseri viventi è messa insieme, è una struttura che connette. Watzlawick considera le metafore come forme espressive che agiscono principalmente a livello analogico, aggirando le razionalizzazioni difensive dei pazienti ed attivando in funzione terapeutica la sfera intuitiva ed emotiva della personalità (Watzlawick, Weakland, & Fisch, 2011).

Boscolo invece, sottolinea come il linguaggio proprio della metafora, i simboli, le immagini mentali tendono a stabilire un clima emotivo fluido ed intenso che facilita il cambiamento terapeutico (Boscolo ed al., 1991). Al quinto mese di psicoterapia Luca entrò nel mio studio molto agitato e prima di sedersi mi disse "dobbiamo fare una scelta". "Dobbiamo chi?" - gli dissi. "Io e te" - rispose - "dobbiamo decidere se tornare a scuola e a quale iscrivermi". Io sorrisi e parlammo della mia inclusione in questa sua scelta

personale, sottolineando e rinforzando la fiducia nella relazione terapeutica. “Penso che tu abbia già deciso cosa fare, non servo io in questa decisione” - gli dissi.

Lui annuì ma voleva essere sicuro e mi chiese se potevamo usare ancora le carte. Voleva pescarne una per tentare la sorte leggendo nell'immagine una risposta al quesito esistenziale. Suppongo desiderasse mettersi alla prova, per sperimentare la sua reazione. Accettai, convinta che un po' di gioco e irriverenza non potesse fare male mischiai il mazzo e lui pescò una carta. Quando la girò rimase perplesso perché l'immagine raffigurata era una bussola sopra ad una mappa. “È pazzesco, tra tutte mi è capitata proprio questa”, “è fantastico aggiungi, ti dicono che direzione devi prendere, pescane un'altra così vediamo dove ti suggeriscono di andare”. Pescò la seconda, la guardò, rise compiaciuto poi la girò per farmela vedere. Raffigurava un grande libro aperto, su una pagina vi era un buco oscuro da cui usciva un braccio mostruoso, sull'altra pagina c'era un guerriero a cavallo con lancia ed armatura, pronto a sconfiggere il mostro.

Non furono necessarie altre parole, il significato metaforico era già al lavoro nella mente di Luca. Aveva letto ciò che desiderava ed “ora - disse- non posso più tirarmi indietro”.

Conclusioni

Penso che specchiarsi nelle paure dell'altro e trovarvi riflesse le sfumature del proprio lupo interiore permetta di arricchirsi come terapeuta e come persona. Imparare ad ascoltare il nostro Sé giocoso e creativo ci insegna a so-stare con il sistema adolescente e ad entrare in terapia con più curiosità e gradi di libertà.

Bibliografia

- Bandler, R., Grinder, J. (1984). I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson. Astrolabio Ubaldini: Roma.
- Bateson, G. (1977). Verso un'ecologia della mente. Adelphi: Milano.
- Boscolo, L., Bertrando, P., Fiocco, P.M., Pereira, J. (1991). Linguaggio e cambiamento. L'uso di parole chiave in terapia. Terapia familiare, N.37.
- Haley, J. (1983). Il distacco dalla famiglia. Astrolabio: Roma.
- Jung, C. G. (1968). Psicologia dell'inconscio. Boringhieri: Torino.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2014). Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica. Una prospettiva cognitive-evoluzionista. Raffaello Cortina: Milano.
- Minuchin, S. (1977). Famiglie e terapia della famiglia. Astrolabio: Roma.
- Morel, C. (2016). Dizionario dei simboli, dei miti e delle credenze. Giunti: Firenze.
- Selvini, M. (2003). Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente. Terapia Familiare, 73, pp. 5-33.
- Selvini, M. (2011). Coinvolgere adolescenti riluttanti: l'efficacia di un primo incontro familiare, 1-35.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., Jackson, D.D. (1971). Pragmatica della comunicazione umana. Astrolabio: Roma.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., & Fisch, R. (2011). Principles of problem formulation and problem resolution, 176.

Il corpo in azione e le sue paure: un caso clinico

Federica Lato¹

Sommario

L'autore tratta del lavoro svolto nel corso di un percorso di psicoterapia individuale. È la storia di Francesco e dei suoi pensieri "invasivi", dei suoi racconti di vita e della sua terapeuta. Questi pensieri invasivi sono diventati per lui, nel corso degli anni, fonte di inadeguatezza e gli occhi dell'altro sono diventati occhi accusatori e fonte di insicurezza.

Nel corso di tale lavoro è stato possibile approfondire nuove ed innovative tecniche corporee e modalità relazionali utili alla creazione di una relazione unica di aiuto. Tali tecniche sono state apprese e sperimentate integrando l'approccio Gestaltico a quello Sistemico. Dal racconto di vita di Francesco, e con l'integrazione della storia del terapeuta, ha inizio una conoscenza reciproca ad oggi ancora in corso. Emerge, dalle parole di entrambi la narrazione di una relazione di aiuto co-creata, e dell'unicità della stessa. La capacità di fidarsi e di affidarsi insieme ha permesso ad entrambi, paziente e terapeuta, di sperimentarsi all'interno di un percorso intenso, intimo ed esclusivo. Sperimentare e sentire hanno creato quell'esclusività tipica della relazione terapeuta-paziente; una relazione nella quale paziente e terapeuta hanno avuto il coraggio di mettersi in gioco con il corpo e con le emozioni al fine di percorrere un viaggio unico ed autentico.

Parole Chiave

Corpo, relazione, consapevolezza, relazione, integrazione, cambiamento.

Abstract

The author deals with the work done during a course of individual psychotherapy. It is the story of Francesco and his "invasive" thoughts, of his life stories and his therapist. These "invasive" thoughts have become for him a source of inadequacy and The other's eyes have become accusing eyes and source of insecurity.

During this work it was possible to deepen new and innovative body techniques as well as relational modalities useful for the creation of a unique aid relationship.

These techniques have been learned and tested by integrating the Gestalt with the Systemic approach. From the life story of Francesco, and with the integration of the therapist's story, begins a mutual knowledge that is still in progress today. From the words of both it comes out the narration of a co-created help relationship, and the uniqueness of it.

The ability to trust and trust together allowed both the patient and the therapist, to experiment

¹Federica Lato allieva 3 anno Idipsi mail: fede-cr@hotmail.it

each other in an intense, intimate and exclusive way. Experiencing and feeling have created the typical exclusivity of the therapist-patient relationship; a relationship in which patient and therapist had the courage to get involved with the body and the emotions in order to set out on a unique and authentic journey.

Key Words

Body, relationship, awareness, integration, change, feeling.



“Più le sensazioni e le emozioni sono arcaiche e meno possono essere espresse a parole: c’è il bisogno di sentire l’altro, ascoltando attraverso uno sguardo che si focalizza su tutto quello che accade all’interno dello spazio terapeutico”

(Scuntaro F. 2014)

All’interno del contesto di psicoterapia, il corpo assume via via sempre più importanza nei diversi approcci terapeutici. Sono molte le modalità di stare in relazione con l’altro, e l’utilizzo del canale verbale, quanto l’uso del corpo, fanno parte di esse. La relazione che si crea con l’altro comprende livelli di comunicazione differenti e richiede consapevolezza, da entrambe le parti, rispetto allo stare in relazione, alle azioni che si svolgono nella stanza di terapia e rispetto al frutto dell’incontro derivante dall’intreccio di queste variabili. È una sfida quotidiana l’idea di poter trovare uno spazio di confronto comune e condiviso come base della creazione di una relazione con l’altro.

Dall’incontro con un docente psicoterapeuta specialista del lavoro con il corpo, il Dott. Wolfgang Ullrich, nasce la curiosità di sperimentarsi in nuove tecniche e la volontà di mettersi in gioco. Il corpo diventa così, uno degli strumenti utilizzati per entrare in relazione.

Il lavoro con il corpo in psicoterapia

Quando pensiamo al lavoro di psicoterapia, la prima cosa a cui pensiamo è il lavoro con la “psiche”, la stessa definizione dell’enciclopedia Treccani dice che la psicoterapia è un “Sistema curativo delle sofferenze psichiche basato sull’uso di mezzi psicologici ...” (Enciclopedia Treccani).

Per comprendere quindi, la provenienza dell’idea di poter lavorare sul corpo, dobbia-

mo fare alcuni passi indietro e fare riferimento alla tradizione psicoanalitica. Da Freud, a Reich (1943) fino ad arrivare ai suoi allievi, il lavoro terapeutico ha assunto le forme del pensiero (l’attenzione nelle sedute era posta sul contenuto verbale e l’obiettivo era quello di sondare l’inconscio e facilitare ad esso la strada verso la coscienza e successivamente le forme del corpo) fino ad arrivare ad assumere anche le forme del corpo (Alexander Lowen e l’analisi bioenergetica). Negli anni vengono ampliati ed approfonditi i rapporti fra psiche e soma nell’ambito della formazione del carattere e nella prassi terapeutica. Il risultato è un ampliamento della presenza dell’elemento corporeo nella psicoterapia, all’interno della quale entrano in scena nuovi eventi come il paziente in piedi, “esercizi” corporei funzionali per aumentare la tensione del corpo, e altro ancora: il paziente non parla più soltanto attraverso le parole, ma si esprime nella sua interezza, come essere psicofisico (Lowen A., 1985). Uno dei fini della terapia diventa quello riabitare il proprio corpo.

Nascono così le psicoterapie corporee o psicoterapie ad orientamento corporeo, ed il termine viene ora ad indicare l’intero essere umano nella stanza di analisi, in gioco con tutto sé stesso, come pure il terapeuta. Si tratta di lavorare parallelamente sulla mente, sul corpo, sulle sue sensazioni e sull’integrazione di questi aspetti al fine di promuovere cambiamenti a livello cognitivo, emotivo e a livello dei sistemi di credenze.

Parlando di psicoterapie integrate non si può non fare un salto verso l’approccio gestaltico che gravita intorno al concetto fondamentale d’integrazione: attraverso l’impiego congiunto di tecniche ed esercizi differenti il focus è posto sull’osservazione di minimi movimenti, tendenze all’azione,

“azioni incomplete”, stati fisiologici, sensazioni, emozioni, evocazione di parole, immagini o ricordi associati a tali stati o movimenti “fisici”. Attraverso l’esperienza e la sperimentazione nel qui ed ora della relazione la persona si riappropria di parti che erano non integrate e le connette tra loro, senza che vi sia durante il processo un’elaborazione cognitiva, come la intendiamo classicamente (Ogden, P., Minton, K. & Pain C. 2006).

Facendo riferimento all’orientamento sistemico, notiamo che al corpo è stata data attenzione in due modi; corpo come portatore di un sintomo oppure corpo come strumento attivo in terapia. Si ricordino gli studi di Bateson sulla “teoria del doppio legame” (Bateson et al. 1972). Con la diffusione della cibernetica di secondo ordine e delle teorie costruttiviste si è assistito, all’interno del panorama sistemico, ad una graduale valorizzazione del mondo interno dell’individuo e di quello del terapeuta. Usando le parole di von Foerster, la cibernetica di primo ordine è la “cibernetica dei sistemi osservati”, la cibernetica di secondo ordine è la cibernetica dei “sistemi osservanti”, in quanto problematizza l’osservatore al pari dell’oggetto della sua osservazione (Maturana, Varela, 1985).

Se il sistema osservante agisce sul sistema osservato è anche vero che il sistema osservato agisce sul sistema osservante, l’osservatore diventa responsabile della propria osservazione (Foerster, 1982). In quest’ottica, è importante introdurre, valorizzare ed integrare la componente “corporea” del sistema osservato, dovrebbe essere allo stesso modo valorizzata quella del sistema osservante. È quindi responsabilità del

sistema che osserva essere consapevole della propria componente corporea e delle proprie emozioni (Fruggeri, 1992).

Il terapeuta quindi dovrebbe essere impegnato su più fronti, a partire dalla consapevolezza del proprio corpo riuscire a sintonizzarsi in modo empatico con il corpo e l’esperienza emotiva del cliente, per aiutare quest’ultimo ad esserne consapevole (Carlotti, 2014).

L’approccio gestaltico, così come quello sistemico, non sono gli unici approcci psicoterapeutici che integrano mente e corpo, esistono diversi metodi di psicoterapia corporea, ma tutti hanno in comune un tratto essenziale: il terapeuta si avvale di un repertorio di interventi di tipo sia verbale che fisico. Nella stanza di terapia, il paziente parla della propria vita, delle proprie difficoltà, esplora i propri problemi e ricorda episodi significativi e non della sua vita, discute le sue fantasie ed i suoi sentimenti e quant’altro.

Ciò che fa il terapeuta è guidare il paziente in un certo tipo di esplorazione o sperimentazione del corpo (Downing G., 1995) ed il flusso della comunicazione può prendere differenti pieghe. Una di queste è proprio l’utilizzo del corpo.

Il corpo nella storia: il vissuto del trauma e la disabilità

“Non bisogna essere un soldato o visitare un campo di rifugiati in Siria o in Congo per imbattersi nel trauma”²

Pensiamo a quanto eventi come un abuso fisico e/o sessuale, un incidente ed altri frangenti possano lasciare un segno, una traccia nel corpo; è dunque il corpo che accusa il colpo (van der Kolk, B. 2015) e lo vive

²Si tratta dell’Introduzione di Patti, M.S. Vasalli, A. a Van Der Kolk., B., *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015; p.VII.

in modo più o meno traumatico.

Il trauma accade a noi, alle nostre famiglie ed ai nostri amici e conoscenti, e quando questo succede, va ad intaccare non solo il senso di sé ma anche il senso che ciascuno conferisce alla propria esistenza. È solo in seguito alla possibilità di dare un significato personale a ciò che accade quotidianamente che si può riuscire a sentirsi coinvolti e non estranei, progettare e creare relazioni soddisfacenti, intime, amicali o di altro tipo. Il trauma, o quanto percepito come tale, irrompe in questo processo di attribuzione ed impedisce di stare nel qui ed ora e impedendo di sentire che siamo vivi e svegli, così da rendere il mondo lontano, instabile ed inaccessibile, contrario, intrusivo e lesivo dei confini corporei, emotivi e cognitivi (van der Kolk, B. 2015).

Gli eventi traumatici possono variare di intensità e gravità, possono essere episodi singoli o continuare nel tempo, possono implicare o meno intenzionalità da parte dell'altro, possono accadere in età infantile, adolescenziale o adulta, capitare direttamente o indirettamente. Ignorare la complessità del trauma e la sua diffusione nel tessuto familiare e sociale degli individui sarebbe un gravissimo errore metodologico e deontologico che porterebbe a distrarci dall'essere umano che chiede sostegno.

Al trauma la soluzione non esiste, o meglio, non possiamo affermare che esista una terapia elettiva dello stesso, perché nella relazione con l'altro non andiamo ad agire sul trauma, ma ci occupiamo della persona che lo ha subito e che ha risposto ad esso in un modo specifico e caratteristico del suo modo di essere, attingendo al proprio bagaglio di risorse e di vulnerabilità, a loro volta mutevoli e dipendenti dal momento di vita. Un approccio interessato e curioso di

conoscere chi sia veramente la persona seduta di fronte a noi può permetterci tuttavia di optare per un tipo di intervento piuttosto che un altro nel rispetto della persona, del suo funzionamento, delle sue risorse e della sua storia. Ciò da cui non si può prescindere è, in ogni caso, la capacità di costruire con l'altro una relazione di fiducia, cercando di sintonizzarsi sul suo vissuto, sulle sue emozioni e sui suoi pensieri. E questo è quello che è accaduto nella relazione terapeutica con Francesco.

Francesco ha subito un incidente stradale molto grave in seguito al quale ha riportato lesioni importanti per la parte sinistra del corpo. Questo lo ha portato, in una fase molto delicata, nella quale lui inconsapevolmente si trovava, di costruzione della propria identità, a rivedersi e a rivedere il suo rapporto con il suo mondo, con il mondo sociale, con la famiglia e con sé stesso.

Sappiamo che, quando si acquisisce una disabilità, non è la sola persona colpita a pagarne le conseguenze, ma tutto il sistema familiare. L'evento "disabilità" è un evento che crea complessità e porta ad una revisione degli aspetti quotidiani, emotivi e non della famiglia, in qualsiasi fase del ciclo vitale essa si trovi. Con una modalità dirompente e casuale fa il suo ingresso in un nucleo provocando una frattura, una lacerazione ed un momento di cambiamento cruciale nella storia della famiglia.

I vissuti sono differenti e complessi, lo sguardo dell'altro è spesso vissuto come giudicante e la sensazione è quella di sentirsi "messi da parte".

Gli aspetti della disabilità diventano parte dell'identità e della personalità, e ci vuole tempo perché si possa arrivare ad un'integrazione, in quanto la persona è impegnata a tentare di modificare la propria visione del-

la realtà, del contesto socio-culturale in cui vive, per potersi inserire, con in suo “nuovo corpo” in un “nuovo status”. Attraverso un percorso di consapevolezza è stato possibile aiutare Francesco a sentirsi adeguato e capace, al pari dei coetanei e “visto” come persona in grado di fare ogni cosa come gli altri.

La storia di Francesco

Il primo contatto avviene tramite la madre della quale accolgo la richiesta e le comunico un appuntamento per incontrare il figlio. Con estrema curiosità, attendo Francesco, un ragazzo di 21 anni, che si presenta al primo colloquio apparentemente insicuro, rivelandosi dopo poco un ragazzo con buonissime doti relazionali. Davanti a me appoggia la documentazione medica inerente un incidente stradale e mi riferisce, con grande tranquillità, di essere stato in coma farmacologico per giorni ed aver poi trascorso alcuni mesi in ospedale per la riabilitazione. Il bollettino medico dopo l'incidente è stato fin da subito molto grave per Francesco, per gli altri ragazzi solo qualche ferita. Alla dimissione dall'ospedale riporta difficoltà nella deambulazione, in particolare nel movimento della parte sinistra del corpo. Ai miei occhi sembra una tigre, mi racconta di aver combattuto sin dall'inizio, pur avendo allora, solo 11 anni. I genitori ed il fratello gli sono stati molto vicini e lo hanno sostenuto per tutta la durata del suo difficile percorso verso la ripresa.

I genitori, da quanto emerge dalla sua narrazione, sono persone accoglienti, calde e pronte a sostenerlo ad ogni caduta. La madre, segretaria, è molto simile caratterialmente a lui, è molto affettuosa ed è, da sempre, disponibile all'ascolto di ogni suo timore. Tra loro c'è un rapporto molto inten-

so; il padre, ora in pensione, viene descritto come un uomo timido e introverso: “è molto inquadrato e silenzioso”. Francesco ha anche un fratello, Paolo, più grande di lui di 9 anni, che lavora in qualità di operaio, anche lui ha un carattere timido e introverso.

Francesco, si descrive come un ragazzo semplice, timido, simpatico e socievole. Ha frequentato le scuole senza necessità di sostegno ed ha, da poco tempo, terminato l'anno di Servizio Civile. Nel corso della sua adolescenza ha vissuto alcuni momenti di difficoltà a causa di alcuni giudizi negativi da parte di compagni, ma si è sempre considerato un ragazzo “come tutti gli altri”, talvolta ama definirsi “e-gregio, fuori dal gregge”. Mi racconta di aver da poco terminato una relazione con Lucia, una ragazza conosciuta tramite un social network, e mi dice di avere difficoltà nell'affrontare serenamente questa situazione. La relazione è durata circa un anno e Francesco racconta di aver provato, e di provare ancora, sentimenti importanti; la relazione è terminata a causa delle sue, sempre più crescenti paure, rispetto alla quotidianità, alla vita sessuale ed ai rapporti sociali. Riferisce di non sentirsi adeguato nel rapporto con l'altro e sente di avere sempre “gli occhi puntati addosso”. Sente di essere diverso dagli altri ragazzi e ha paura di “non essere all'altezza”.

Dal pensiero all'azione, il dialogo con il sintomo

L'identità nello spazio e nel tempo

Il processo che porta alla definizione di sé, è un processo lungo e mai definitivamente concluso perché una molteplicità di fattori interni o esterni alla persona intervengono a modificarlo.

Possiamo dire che la conoscenza di sé non si riduce ad un'unica idea, ma accoglie un

insieme di conoscenze relative al nostro corpo, alla psiche e alle relazioni con gli altri che sono diverse per tipo e per livello di astrazione e di organizzazione in relazione alla complessità dei processi cognitivi connessi ai diversi livelli.

La coscienza di sé si costruisce attraverso una molteplicità di esperienze attraverso le quali ci si riconosce come soggetto immerso nel mondo fisico, in relazione alle altre persone, al proprio passato e in relazione con sé stesso.

Solo a partire da questa relazione è possibile giungere ad una definizione e ad una valutazione del sé. Il concetto più generale di Sé si compone invece di pensieri ed atteggiamenti nei confronti di sé stessi; esso è parte integrante della conoscenza della realtà che l'individuo ha e varia in relazione all'ambiente di vita e al contesto sociale di riferimento e varia anche con l'età.

L'identità si costituisce quindi più in generale, per tutti noi, come processo di crescita personale, e ricorsivamente anche come processo di autoconsapevolezza.

La formazione della nostra identità inoltre, procede verso obiettivi definiti e ridefiniti nei tempi di una vita, tempi che scandiscono il nostro spazio fisico e mentale, tempi che per ognuno di noi sono differenti ed unici. Ci si forma e ci si crea un'immagine di sé all'interno di sistemi che possiamo chiamare individuali, come ad esempio i sistemi ideali, educativi, sociali, e all'interno di sistemi di vita sociali, ad esempio i sistemi economici, sociali, culturali, linguistici.

È proprio per questa ragione che la costruzione dell'identità nello spazio e la creazione nel tempo di una consapevolezza della stessa può definirsi culturalmente e "relazionalmente" determinata.

Ho per lungo tempo riflettuto con France-

sco, rispetto alla questione dell'identità, vivendo nel mio pregiudizio che la sua fosse un'identità che io stessa amavo definire "difficile", convinta del fatto che quell'incidente avesse in qualche modo posto un freno al suo "diventare grande" ed essere l'uomo che tanto desidera essere. Abbiamo ragionato su come, riflettendo su noi stessi, ci si veda prima di tutto come individui in un mondo di persone. Sulla base di questa considerazione, peraltro molto diffusa, si è dato per scontato, per molto tempo, che la comprensione di sé e degli altri costituisca un processo unico: si capisce quello che una persona pensa di sé stessa se sa cosa pensano gli altri. A partire da questo abbiamo insieme esplorato la sua visione degli altri e la sua visione di sé.

Francesco osserva gli altri e vede ragazzi maturi, ragazzi scapestrati e ragazzi un po' meno fortunati di lui. Si relaziona con loro sentendosi a volte un adulto capace, a volte un bambino timido ed insicuro. Ha molti amici ma ama scegliere con chi di loro condividere le sue sensazioni e le sue paure. Alcuni di loro lo ascoltano molto attentamente, altri nel tempo lo hanno giudicato, salvo poi ricredersi, altri ancora lo ammirano per la sua forza d'animo e per la sua estrema sensibilità.

Francesco ha sempre guardato a sé stesso come un portento. Dice di essere un ragazzo dai sani principi, con radicati in lui valori come la famiglia, l'onestà e la stima dell'altro. Dice di odiare le ingiustizie e confessa di essersi talvolta sentito vittima di queste. La costruzione della sua immagine di sé, nella sua infanzia è stata, anche se non volontariamente, violentemente bloccata da un evento traumatico in seguito al quale si è dovuto fermare, ha dovuto riflettere e costruire una nuova immagine di sé. Ha saputo

riordinare i pezzi di quel puzzle che accidentalmente si è rotto, per poi ricostituirlo con dei nuovi incastri.

Una sola cosa manca nei suoi racconti: la consapevolezza.

Il dialogo con sé stesso e la diminuzione del sintomo

Nel lavoro fatto inerente l'autostima ho fatto riferimento al metodo ispirato a Fritz Perls, il fondatore della corrente teorica della Gestalt, metodo utilizzato per aiutare il paziente a lavorare sulla sua conflittualità, per aiutarlo a recuperare strati di esperienza profondi. L'obiettivo del lavoro terapeutico è quindi quello di aiutare la persona a sviluppare maggiore consapevolezza e a relazionarsi con l'ambiente utilizzando una modalità sana e funzionale nell'ottica di una mente ed un corpo in continua interazione tra loro. Per sviluppare maggiore consapevolezza, insieme a Francesco, abbiamo cercato di comprendere e dare un nome alle emozioni, da lui definite come un "vortice", ed abbiamo cercato di connetterle alle sue sensazioni, al suo sentire corporeo dando loro anche una forma corporea, dapprima tramite la narrazione e l'uso del linguaggio e successivamente spostandoci sui movimenti corporei. Alla base di questo lavoro è stato di fondamentale importanza riflettere sulla corporeità e su quanto questa possa influire, in un percorso di psicoterapia, sulla relazione con l'altro, sulla sua identità e sull'essere riconosciuti entrambi come parti di un tutto in evoluzione.

Il riconoscimento di sé stessi è alla base del riconoscimento dell'altro, ed il riconoscimento è alla base della comunicazione, del dialogo, ed è per questo che ci costruiamo a partire dalla relazione con l'altro.

Il metodo "quattro passi": awareness,

identificazione, drammatizzazione e dialogo, un viaggio verso la consapevolezza di sé

A seguito dei primi colloqui conoscitivi nel corso dei quali abbiamo instaurato una relazione di fiducia, e dopo una prima fase di "joining", ho chiesto a Francesco il permesso di poter lavorare con lui utilizzando un canale comunicativo un po' insolito: ho chiesto di poter agire con lui utilizzando il corpo. Fin da subito è risultato entusiasta.

Al fine di renderlo sicuro e fiducioso nei miei confronti, gli ho chiesto di pensare ad un'esperienza della sua vita, di ripensare ad una situazione nella quale si fosse sentito sicuro con una persona.

Dopo poco è riuscito a trovare l'esperienza e a connettersi con essa. Presto abbiamo creato una connessione tra l'esperienza pensata e la sua autostima in modo tale da renderlo sicuro e consapevole del lavoro che stavamo facendo. Gli ho chiesto successivamente di provare a personificare l'autostima e di ricercare quindi un'espressione adeguata del suo corpo.

Quello che avevo di fronte era un ragazzo accovacciato sulla sedia, spalle ricurve e testa bassa. Gli ho chiesto di dare voce a quello stato d'animo e da quel momento è nato un dialogo tra due parti che lui ha voluto nominare: sé stesso "Francesco debole", e l'autostima "Francesco forte" ricco di particolari e di riflessioni sulle sue difficoltà e sulle sue paure mai espresse.

Terminato il dialogo, Francesco mi esprime le sue sensazioni; osservo attentamente ogni suo micro movimento corporeo ed espressivo. Riferisce di aver avuto difficoltà ad entrare in questa esperienza e di essersi sentito inizialmente un po' goffo. Successivamente riferisce di essersi percepito "trasportato" dal dialogo e di essersi reso conto

di aver parlato con sé stesso in modo molto naturale e verosimile. Mi racconta di essere consapevole di avere due parti, il forte ed il debole, e, stupito, si accorge di averle fatte per la prima volta comunicare tra loro. Il corpo di Francesco, si racconta, si muove sulla sedia, si sistema e prende una forma differente: spalle dritte, testa alta ed anche le mani, che inizialmente tiene sempre strette tra di loro, cominciano a muoversi accompagnando le sue parole.

Gli chiedo come si sente, e riporta la sensazione di sentire un fuoco dentro; focalizziamo la sua sensazione e diamo voce alle sue sensazioni tramite la parola, gli chiedo di aiutarmi a capire meglio quello che sente andando in profondità nella descrizione: dove sente questo fuoco dentro di sé?

Mi racconta di sentirlo proprio all'altezza dello stomaco e mi indica con la mano destra l'esatto punto in cui parte e dove si dipana. Restiamo con questa sensazione che piano piano sembra diventare sempre più semplice da descrivere e sempre più ricca di sfumature e di particolari.

Allo scopo di aumentare il suo senso di consapevolezza e di aiutarlo a prendere atto dell'esperienza che stavamo vivendo insieme, gli chiedo di personificare la sua sensazione di fuoco dicendo "mi sento ardere"; lui lo ripete, sente la necessità di ripeterlo un paio di volte e spaventato mi dice: "ho caldo!". Ciò che è avvenuto è un processo di identificazione all'interno del quale Francesco ha preso consapevolezza del proprio corpo, della responsabilità di sé stesso e dell'essere lui, in prima persona, protagonista della sua esperienza.

Il suo corpo ha preso una forma differente, rilassata e sicura di sé, la tensione si è sciolta. Quello che esce dallo studio, questa volta, è un Francesco sicuro di sé, consape-

vole delle difficoltà e certo di avere una parte forte con sé.

Il percorso verso l'autostima: la lettera autodiretta

Sull'onda dei pensieri che portano Francesco ad una continua richiesta di conferme da parte degli altri, e ad una continua rivisitazione della sua visione di sé come individuo, come figlio, come amico e come compagno, ed in seguito al lavoro fatto sulla sua autostima, penso e, dopo un'attenta riflessione, gli chiedo di scrivere una lettera indirizzata a sé stesso;

lo invito all'autosservazione e lui, inizialmente in difficoltà, accetta. Il tempo che intercorre tra la stesura della lettera e la lettura della stessa è tempo, per noi, di importanti riflessioni che esprimono il suo sentire interiore.

"È da un po' di tempo che ci sentiamo, cosa fai adesso? Mi ricordo che non vedevi l'ora di andare a lavorare, anche se non ti dispiaceva l'idea di frequentare l'università e seguire le tue passioni per la fisioterapia.

Sai, adesso che ci penso, vorrei chiederti molte cose, ma nella mia testa, ora come ora, ci sono tantissimi argomenti a cui pensare. E non riesco nemmeno a decidere cosa chiederti. C'è un argomento di cui voglio parlarti: da un po' di tempo non mi sentivo a posto con me stesso ... Non riesco più a sentirmi vivo, gioire, regalarmi emozioni e felicità ... Ho iniziato un percorso da una psicologa ... è stato molto intenso, anche perché io mi sottovaluto molto e non riesco a trovare in me stesso la forza giusta per superare le mie difficoltà. La prima volta che sono andato ricordo il mio stato d'animo: ero molto ansioso ed avevo molta paura, ma se da un lato avevo questi sentimenti, dall'altro ardeva in

me la voglia di ritornare me stesso e superare questi problemi.

Mi ha dato molti spunti di riflessione e punti su cui lavorare, per esempio mi ricordo che un giorno mi ha fatto parlare con me stesso distinguendo la parte forte e quella più fragile di me. Questo esercizio ogni tanto mi capita ancora di metterlo in pratica e ti dirò che è molto utile.

Ultimamente mi sento meglio anche se ci sono alcuni punti su cui lavorare, uno di questi è, ad esempio, l'autostima.

Dovrei essere al settimo cielo ed essere consapevole di tutte le mie qualità, ma non ci riesco. Non riesco a vedere tutte queste cose dentro di me. Vorrei riuscire ad esprimere tutte le mie qualità ma preferisco nascondermi, non parlare, ritirarmi nel mio piccolo, anche se questo va a mio discapito.

Vorrei essere il ragazzo solare, simpatico, estroverso, generoso ... ma purtroppo non ci riesco. È come se ci fosse un blocco dentro di me, una sorta di spirale che continua a "frullarmi in testa". Dopo l'incidente, gli occhi accusatori delle altre persone che ti fissano senza battere ciglio e che allo stesso tempo sono pronti a giudicare ogni tua minima incertezza o fragilità riportano la mia autostima ai minimi livelli, ho sempre paura di quegli occhi accusatori che sono sempre pronti a giudicarmi.

Purtroppo, non riesco a fregarmene di queste cose e ad essere me stesso. Forse le mie paure sono legate al fatto che la mia autostima è sottovalutata forse le mie paure sono legate a tutto ciò, forse questo è il punto cruciale, il punto su cui gira tutto, il punto di tutte le mie paure".

Il vissuto del terapeuta

Il nostro corpo non è una macchina, ma è un elemento ricco di vissuti, caratterizzato da storie e narrazioni complesse, capace di intrecciare relazioni con l'ambiente esterno, di veicolare e rispondere a messaggi a diversi livelli. Restori (2013) sostiene che, all'interno dell'agire clinico ci si trova a sperimentare «un nuovo modo di sostare nella relazione terapeutica, sapendo che è incarnata in un corpo che non ha confini e che comunica per metafore e per abduzione».

Il corpo del paziente e del terapeuta, e tutto ciò che i loro corpi esprimono, si ritrovano quindi ad interagire e comunicare in uno spazio terapeutico, e comunicano influenzandosi reciprocamente. Sarebbe opportuno, quindi, potersi immettere nella relazione terapeutica consapevoli di quanto ciascuno di noi apporta e ascoltando i significati che l'altro veicola attraverso il suo corpo.

Quanto appena sostenuto risulta essere estremamente difficoltoso, per tutte quelle conseguenze che si creano quando si fa parte del sistema da osservare.

Come ci suggerisce Cecchin (2008) "riconoscere le proprie sensazioni, dare ascolto ai minimi segnali del nostro corpo, ascoltare noi stessi, ci dà la possibilità di sintonizzarci con l'altro, restituendogli la sensazione di essere visto e quindi di esistere".

«Per riuscire a fare questo è necessario sviluppare una consapevolezza paziente, non avere fretta, osservare e ascoltare».

Sulla base di queste riflessioni ripenso a quando ho conosciuto Francesco: nulla di quello che avevo immaginato mi si è posto davanti. Davanti a me si presenta un ragazzo moro con qualche lieve difficoltà.

Si siede davanti a me, timido e impacciato e mi accorgo di aver cambiato posizione sulla sedia tre o quattro volte. Il pensiero dell'in-

cidente, del trauma e della sua giovane età mi avevano impedito di godere del primo incontro, delle prime parole e delle prime espressioni che mi stava regalando. Il mio corpo ha parlato al mio posto muovendosi in una sorta di danza, quasi scoordinata, con lui.

Con il proseguire dei nostri incontri ho scoperto uno strumento nel mio corpo, uno strumento fondamentale attraverso il quale ho potuto ritrovare un linguaggio comune e cominciare a danzare in armonia con lui.

Bibliografia

- Bateson, G. (1972). *Steps to an Ecology of Mind*, Chandler, San Francisco, 1972. Trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Milano: Adelphi, 1976
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1993). *I tempi del tempo. Una nuova prospettiva per la consulenza e la terapia sistemica*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Boscolo, L., & Bertrando, P. (1996). *Terapia sistemica individuale*. Raffaello Cortina.
- Borgna, E. (2017). *Le parole che ci salvano. La fragilità che è in noi, Parlarsi, Responsabilità e speranza*, Einaudi Editore.
- Borgna, E. (2017). *L'ascolto gentile. Racconti clinici*. Einaudi editore.
- Carlotti, E. (2014). *Il corpo in psicoterapia nella seconda cibernetica: verso un approccio integrato*. Riv. Cambia-menti, vol 2, pp. 69-81.
- Cecchin G. (2008). *Ci relazioniamo dunque siamo. Curiosità e trappole dell'osservatore*. Riv. Connessioni.
- Downing, G., Barlocco, A., & Menzio, A. (2007). *Il corpo e la parola*. Astrolabio.
- Treccani, F. D. G. (1979). *Enciclopedia italiana*. SILVA.
- Erickson, M.H. (1980). *Opere*. Volume I. Roma: Astrolabio.
- Foerster, H. Von. (1982). *Observing systems. Intersystems, Seaside, Calif.* Trad.it *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma. (1987).
- Fruggeri, L. (1992). *Le emozioni del terapeuta*. Psicobiettivo, 3, 23-34.
- Haley, J. (1983). *Il distacco dalla famiglia*. Astrolabio, Roma.
- Haley, J. (1987). *Cambiare gli individui*. Astrolabio, Roma.
- Kepner, J. I. (1993). *Body process, Working with body in psychotherapy*. JosseyBass Inc. Trad.it. *Body process. Il lavoro con il corpo in psicoterapia*. Franco Angeli: Milano, 1997, ristampa 2013.
- Maturana, H. R., Varela, F., J. (1985). *Auto-poiesi e cognizione*, Marsilio, Venezia.
- Ogden, P., Minton, K. & Pain C. (2006). *Trauma and the Body; A Sensorimotor Approach to Psychotherapy*. Trad. It: (2012). Carmelita, A. (a cura di) *Il trauma e il corpo, manuale di psicoterapia sensorimotoria*. Istituto di Scienze Cognitive Editore, Sassari.
- Perls, F., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1971). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt*. Astrolabio, Roma.
- Pugh, M. (2017). *Pull up a chair*. PSYCHOLOGIST, 30, 42-46.
- Reich, W. (1943). *Charakter analyse. Trad it. Analisi del carattere*. Milano: Sugarco, 1975.
- Restori, A. (2010). *La consapevolezza nelle relazioni d'aiuto*. Riv. Cambia-menti, 1/2010, pp. 6-9.
- Restori, A. (2013). *Embodiments, il corpo in relazione*. Riv. Cambia-menti, 1/2013, pp. 7-13.
- Scuntaro, F. (2014). *Il corpo nella relazione terapeutica. Il punto di vista interculturale*. Riv. Cambiamenti. Vol.2/2014, pp. 15-27.
- Semi, A.A. (a cura di), (19992). *Trattato di Psicoanalisi*, Vol.2. Clinica. Cortina Editore, Milano.
- Stern D.N. (2004). *Il momento presente - In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano: Raffaello Cortina
- Van Der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore.
- Visconti, M. (2016). *Il corpo in psicoterapia: quando il corpo diventa l'attore principale della relazione terapeutica*. Riv. Cambiamenti, Vol 1, pp. 70-79.
- White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. WW Norton & Company

Emozioni e costruzione dell'alleanza terapeutica con le famiglie: un'esperienza attraverso possibili strategie d'intervento

Cristina Sabini¹

Sommario

L'autrice, attraverso la presentazione di un'esperienza di terapia familiare, si propone di affrontare il tema delle emozioni come risorsa per la costruzione dell'alleanza terapeutica e di processi di cambiamento. Coerentemente con l'ottica sistemica integrata, ogni sistema umano è anche un sistema emotivo. Le emozioni costituiscono aspetti della relazione e rappresentano parti fondanti per la costruzione dell'alleanza e del lavoro terapeutico stessi, anche qualora la situazione di partenza sia connotata da emozioni spiacevoli quali sensi di colpa o inadeguatezza che possono generare paura o ulteriori sensazioni di giudizio e incomprendimento. Il lavoro con le emozioni "negative" parte dal presupposto di non averne paura come terapeuti, ma permettere loro di emergere e sentirsi liberi di parlarne apertamente. L'autrice presenta alcune strategie utilizzate per costruire l'alleanza terapeutica e per favorire il contatto e lo scambio emotivo, partendo da una situazione di diffidenza e giudizio.

Parole chiave

Terapia familiare sistemica, emozioni, alleanza terapeutica, esternalizzazione, drammatizzazione, nowmoments

Abstract

The author, through the presentation of a family therapy experience, aims to address the theme of emotions as a resource for building therapeutic alliance and processes of change. Consistently with the integrated systemic perspective, every human system is also an emotional system. Emotions are parts of the relationship and represent fundamental parts of the therapeutic alliance creation, even if the starting situation is characterized by unpleasant emotions such as feelings of guilt or inadequacy that can generate fear or further feelings of judgement and incomprehension. The work with "negative" emotions starts from the assumption that therapist are not afraid of it, but allow them to emerge and feel free to talk about it. The author presents some strategies used to build the therapeutic alliance and to promote contact and emotional exchange, starting from a situation of distrust and judgment.

Key Words

Systemic family therapy, emotions, therapeutic alliance, externalizing, dramatization, now moments

¹Cristina Sabini allieva 3 anno Idipsi mail: sabicri@gmail.com

Considerazioni preliminari

L'alleanza terapeutica non è un dato di partenza in una terapia ma è un qualcosa che si costruisce.

Talvolta si trovano condizioni favorevoli all'incontro emotivo e relazionale fin dai primi momenti e avviene con molta naturalezza, altre volte il processo di co-creazione di un clima di fiducia è più articolato e richiede tempi più lenti.

Capita spesso poi che le famiglie si avvicinino al contesto di consulenza e di terapia muovendosi in un'ottica lineare: in questi casi la famiglia che entra in terapia parte dal presupposto che se c'è un problema, c'è una causa, quindi una responsabilità, quindi una colpa ed un colpevole e, dunque, qualcuno che deve attribuire responsabilità e giudizi.

In linea generale, tutti rifuggono dalla colpa e tendono casomai a scaricarla su altri partecipanti alla terapia (familiari o terapeuti) contribuendo a creare e mantenere un clima di "inquisizione", sospetto e timore che non fornisce condizioni favorevoli all'instaurarsi di una buona alleanza terapeutica.

Quando le condizioni preliminari che vanno a delinearsi sono di questo tipo diventa particolarmente difficile sentirsi liberi di muoversi nel contesto di terapia, in quanto la relazione appare ancora molto fragile e i rischi di incomprensione o, addirittura, di drop-out sono palpabili.

A partire da un'esperienza terapeutica condivisa con una famiglia, il mio intento è quello di allargare il campo, ampliando alla riflessione su come attraverso l'uso creativo delle emozioni è possibile mettere in atto delle strategie per favorire l'alleanza terapeutica e gettare le basi del cambiamento.

L'incontro emotivo con la famiglia

Incontro la famiglia con il mio co-terapeuta quando Giovanni, adolescente, confessa ai genitori che da un po' di mesi prova uno stato persistente di angoscia, inadeguatezza, preoccupazione e tristezza che gli impediscono di studiare, andare a scuola regolarmente e frequentare gli amici: dice di avere la testa piena di "pensieri che non riesce a pensare" e che non gli permettono di concentrarsi su altro e lo spingono all'immobilità, pena il senso di colpa.

In accordo con la famiglia, dopo una fase di valutazione iniziale, si decide di intraprendere un percorso familiare. I primi incontri sono subito connotati da un clima emotivo piuttosto teso e rigido: Giovanni parla poco, con un tono di voce molto basso, risponde se interpellato, ma prende poco spazio per esprimersi; Marta, la sorella, appare piuttosto silenziosa, ma molto attenta a quanto accade e pronta ad esprimere la propria opinione quando non è d'accordo su qualcosa espresso dai genitori, a differenza del fratello; la mamma non parla se non per rispondere a domande, alle quali, generalmente, risponde ripetendo quanto detto prima dal marito, il quale, invece, tende a parlare a lungo, con un tono di voce energico e fermo, interrompendo spesso per puntualizzare quanto detto dai terapeuti o dagli altri membri della sua famiglia.

In generale, la sensazione è quella di dover prestare particolare attenzione alla scelta delle parole, al modo in cui le si pronuncia o allo sguardo che si tiene: la famiglia appare diffidente, o meglio, timorosa di essere giudicata. Fin da subito traspare l'interesse di comprendere il disagio di Giovanni, da dove nasca, di chi o di cosa sia la colpa per quella situazione e come il ragazzo possa risolverla. I genitori appaiono molto preoccupati e

disponibili a mettersi in gioco, ma allo stesso tempo molto preoccupati di essere giudicati come inadeguati o “cattivi genitori”.

Dalla mia posizione mi sento schiacciata da queste sensazioni, avverto una tensione che passa non solo dalle parole, ma anche e soprattutto dagli aspetti non verbali: io stessa mi sento sotto giudizio.

Tutto appare congelato e in un costante circolo vizioso di impasse in cui diventa difficile muoversi per costruire un'alleanza terapeutica. L'unica voce che sembra essere fuori dal coro è quella della figlia, che si concede in diverse occasioni di mettere in discussione una narrazione di famiglia piuttosto statica, esprimendo in modo evidente le proprie emozioni (e forse quelle di tutti): Marta è la “pancia” della famiglia.

Marta diventa così, nelle fasi iniziali, la terza co-terapeuta che ci aiuterà a introdurre qualche perturbazione. Riflettendo sugli incontri, emerge un paradosso legato all'emotività: là dove le emozioni sono assenti nelle spiegazioni, nelle ipotesi e nelle parole dei membri della famiglia, il clima che si respira all'interno della stanza di terapia risulta fortemente intriso di emozioni (paura, diffidenza, preoccupazione, giudizio, colpa, timore, ansia). Emozioni che passano attraverso i corpi di tutti i presenti e che mettono in difficoltà non solo la famiglia, ma anche i terapeuti.

In effetti, ogni sistema umano è anche un sistema emotivo: sono proprio le emozioni a permettere di creare e modulare le relazioni tra gli individui. Nel sistema terapeutico ogni emozione (espressa apertamente o avvertita sottosoglia) parte da un singolo membro, porta con sé un messaggio, si diffonde, si sviluppa dentro e attraverso il sistema, diventando l'emozione condivisa dal sistema (Bertrando, 2014).

Le emozioni costituiscono aspetti della relazione stessa e rappresentano parti fondanti per la costruzione dell'alleanza e del lavoro terapeutico stessi. Appare coerente con l'ottica sistemica perciò parlare anche delle emozioni del terapeuta (e partire dal ricordo del suo sentire emotivo in terapia) come elementi profondamente relazionali.

Emozioni congelanti e sistemi motivazionali

«Una famiglia ricerca la terapia quando compaiono dei comportamenti inaccettabili che intende risolvere. (...) Se i tentativi di risoluzione nel tempo non hanno successo, la famiglia allora si rivolge all'esperto: ricerca la terapia quando non è riuscita a risolvere i suoi problemi. A questo punto il tentativo stesso di soluzione è ormai diventato parte del problema e la soluzione viene descritta come sintomo.» (Boscolo e Cecchin, 1983, p.89). In situazioni caratterizzate dall'adozione di un'ottica lineare è facile che si attivino dinamiche conflittuali, come evidenziato dai recenti sviluppi delle scienze cognitive-evoluzioniste con la teoria dei sistemi motivazionali (Liotti e Monticelli, 2008; 2017).

La definizione dei ranghi di potere e di dominanza/sottomissione stabilisce una gerarchia che rimane attiva nel tempo attraverso forme ritualizzate in cui l'aggressività non è primariamente finalizzata a ledere l'antagonista ma ad ottenere da quest'ultimo un segnale di resa. Il sistema agonistico è attivato, negli esseri umani, da giudizio, ridicolizzazione, colpevolizzazione e altri segnali di rango.

La disattivazione del sistema è determinata dall'attivazione di un altro sistema motivazionale (ad es. quello cooperativo). Le emozioni collegate al sistema dipendono dal ruolo assunto (sottomissione o dominazione); legate alla resa sono la paura (da giudizio),

seguita dalla vergogna e dalla umiliazione-tristezza da sconfitta e/o anche dall'invidia. I segnali di sfida sono accompagnati dalla collera che nel vincitore è seguita da sentimenti di superiorità e disprezzo per lo sconfitto. Il dominante tende a ricordare frequentemente ai subordinati la propria posizione attraverso comportamenti di accudimento non richiesto che genera, in conseguenza, aggressività: il comportamento viene interpretato dal ricevente come un gesto aggressivo di dominazione.

Nella relazione con la famiglia di Giovanni si è avvertita la necessità di muoversi per attivare il sistema motivazionale cooperativo al fine di uscire da un clima di irrigidimento e di poter riattivare la dimensione intersoggettiva, tipica della specie umana, che "decongelasse" la dimensione emozionale.

Il posizionamento emotivo del terapeuta come risorsa per il sistema

La dimensione emotiva può costituire una preziosa risorsa per il terapeuta e le emozioni percepite come sgradevoli, respingenti, sfidanti o "congelate-e-congelanti" possono costituire esse stesse la via eletta per modificare il clima emotivo verso un'alleanza e una cooperazione.

Affinché questo sia possibile, il terapeuta deve potersi mettere in una posizione di ascolto di sé oltre che dell'altro: essere presente a sé stesso e consapevole che ciò che sta provando non è una semplice esperienza soggettiva ma un modo in cui la relazione terapeutica si esprime è fondamentale al fine di evitare di agire secondo un'ottica lineare e reattiva.

Come terapeuti, poter conoscere e prendere contatto le nostre emozioni, ci aiuta a pensare in modo più chiaro e creativo, rendendo le nostre comunicazioni ed i nostri interventi

maggiormente autentici.

Quando si parla di prendere contatto non si intende però un processo di eliminazione di emozioni potenzialmente "negative" o nocive. Conoscere come le emozioni che si muovono in un sistema, risuonando in noi, ci mette di fronte anche alla possibilità di trovarci a contatto con vissuti spiacevoli, di rabbia, diffidenza, smarrimento, noia o frustrazione.

Citando Bertrando (2009, p.24), si potrebbe dire che: «ciò che per noi è essenziale nel lavorare con le emozioni spiacevoli si può compendiare in pochi punti: non averne paura; sentirsi liberi di parlarne apertamente; riconoscerle come aspetti legittimi della relazione terapeutica; infine, considerarli come elementi del sistema emotivo.

Queste idee ci guidano nella pratica, e ci permettono di lavorare sulle emozioni spiacevoli senza perdere la nostra prospettiva sistemica». Le emozioni che sentivo muoversi nel nostro contesto erano legate a un forte timore di giudizio (ognuno secondo la propria motivazione), un senso di inadeguatezza, frustrazione e di colpa per aspettative da non disattendere.

Quanto queste emozioni erano mie e quanto erano in risonanza con emozioni che tutti stavano provando?

- Giovanni si sentiva un ragazzo inadeguato rispetto ai compagni, inadeguato rispetto alle aspettative che lui stesso si imponeva per poter rendere fieri i suoi genitori, in colpa per essere un figlio che dava preoccupazioni alla sua famiglia, preoccupato lui stesso di scoprire e comprendere l'origine della sua sofferenza;

- il padre si sentiva preoccupato per il figlio, desideroso di trovare il colpevole della sofferenza del ragazzo anche con l'aiuto dei terapeuti, ma al contempo spaventato da questi

e dal loro giudizio (in più occasioni afferma: *“devo stare attento alle parole che uso, non voglio essere frainteso, perché qui lo so che fate i raggi x, sono a disagio...magari vi fate un’idea sbagliata. So che voi da lì ci guardate e ci giudicate e io voglio essere preciso per non dare un’idea che vi faccia emettere un giudizio scorretto...”*), preoccupato di non dare un’immagine sbagliata di sé e di essere disconfermato come buon genitore.

- la madre, in linea col marito, quasi in ombra rispetto a questo, preoccupata all’idea di esporsi e desiderosa di trovare il colpevole;

- Marta più a suo agio rispetto al resto della famiglia, ma comunque timorosa di andare contro le idee del padre;

- il mio co-terapeuta avvertiva il peso di un contesto nel quale non era libero di muoversi a proprio agio, ma veniva costantemente visto come giudice e al contempo giudicato;

- e infine io, con lo stesso peso del mio collega, oltre a tutti i timori che una giovane terapeuta in formazione porta con sé.

Le parole emotivamente connotate che più spesso tornavano nelle narrazioni e nelle riflessioni erano due: colpa e giudizio.

Il tentativo che la famiglia in una situazione di emergenza come questa mette in atto è quello di riconoscere delle cause unilaterali che possano fornire una spiegazione allo stato di sofferenza.

Ma il riconoscimento di una spiegazione razionale e lineare rappresenta anche l’identificazione di un colpevole, interno o esterno alla famiglia (Cortesi, 2015).

Ecco che in simili situazioni si mette in circolo il germe della colpa, con tanto di ricerca di un giudice che possa decretare a chi attribuire le responsabilità, le pene e le risoluzioni. In questo clima di “inquisizione” il terapeuta deve prestare particolare attenzione a non

lasciarsi trasportare verso l’attivazione di una relazione conflittuale e all’ingaggio nel ruolo di giudice, ma cercando di assumere e mantenere la posizione di “neutralità” (Selvini Palazzoli, Boscolo et al., 1980).

La consapevolezza della nostra posizione emotiva può essere la guida per divincolarsi da tali situazioni d’impasse.

Se non riusciamo a comprendere dove ci troviamo emotivamente, cadiamo facilmente preda di emozioni che ci possono sovrastare. Se abbiamo un senso della nostra posizione emotiva, questa non diventa per questo meno emotiva, ma ne facciamo esperienza con un maggior grado di consapevolezza (Bertrando e Arcelloni 2009).

Con l’obiettivo di favorire l’uscita dall’ottica di causalità lineare all’interno della quale la famiglia è intrappolata, il terapeuta può, al contempo, incoraggiare la metabolizzazione del senso di colpa e di giudizio che si insinua nelle trame della famiglia e di tutto il sistema terapeutico, rivoluzionando anche le narrazioni di tutta la famiglia.

Favorire i “nowmoments”: ridurre la distanza emotiva, verso un clima cooperativo

Il senso di colpa e di giudizio che pervadono le relazioni nel contesto terapeutico creano un clima di distanza emotiva. Diventa perciò prioritario lavorare per alleggerire il clima emozionale e allargare il campo ad altre prospettive.

Bertrando (2014) individua in terapia alcuni “momenti di verità” durante i quali il posizionamento emotivo del terapeuta si avvicina in modo significativo a quello del paziente. In queste situazioni le risonanze e le sensazioni emotive del terapeuta assumono un ruolo chiave nella costruzione di ipotesi e nelle “manovre” che lo stesso mette in atto per

favorire il cambiamento e l'apertura di nuovi punti di vista nell'altro.

Il sentire emotivo nel "qui ed ora" del terapeuta costituisce una risorsa potente per la riduzione della distanza emotiva con l'altro, oltre ad una guida per destreggiarsi nell'incertezza e il "parlare chiaro" sul proprio sentire (ovvero esprimere la propria verità emotiva, esperita in quel momento) rappresenta un "momento di verità", ovvero un passaggio chiave per i cambiamenti nella relazione terapeutica e, più in generale, nel vissuto del paziente.

È possibile mettere in connessione questi "momenti di verità" con quelli che Stern (2004) definisce "*nowmoments*" (momenti ora), ovvero quegli episodi inaspettati di scambio intersoggettivo, a forte pregnanza affettiva, che si presentano, all'interno del processo terapeutico, come punti d'inesco per il cambiamento.

Si tratta di eventi cruciali che hanno la potenzialità di cambiare la prospettiva di una persona e che solitamente avvengono in uno specifico istante vissuto come momento chiave già nell'attimo stesso in cui sta accadendo.

Il momento presente, durante il quale si vive l'esperienza creatrice del cambiamento, riscrive il passato. È tramite tale cambiamento, infatti, che si è in grado di vedere il proprio passato sotto una nuova luce aprendo la possibilità di ridefinire la propria storia e di riscrivere alcuni aspetti del passato che contribuiscono a creare nuove definizioni di sé.

Il cambiamento dello stato della relazione è dunque ricollegabile anche al compiersi di momenti di incontro emotivamente significativi, in grado di ampliare le prospettive.

In quest'ottica, più tali processi d'incontro reciproco ed intersoggettivo vengono compresi, più nella relazione terapeutica può

emergere un clima di fiducia, di non giudizio e di generatività. Una volta che questo clima viene attivato, i processi dinamici di scambio e creatività tendono a muoversi in direzione della coerenza, della fluidità, dell'integrazione e della flessibilità nella capacità di avere scambi significativi ed equilibrati con le altre persone.

Nel processo terapeutico sono state messe in atto alcune strategie che hanno favorito l'inesco di un processo terapeutico co-costruttivo e co-creativo.

Narrazioni ed esperienze emotive condive come esperienze facilitatrici per la creazione di contesti intersoggettivi di possibile cambiamento

All'inizio del percorso familiare, Giovanni è silenzioso e quando parla sembra preoccupato di ferire i genitori, adottando una posizione protettiva nei loro confronti. Le emozioni sembrano congelate, in una dimensione a lui poco accessibile. Ne consegue così che la maggior parte delle volte è il papà, appoggiato dalla mamma, a dare una definizione, dal suo punto di vista, di quello che Giovanni sta provando pensando.

È Marta che permette di predisporre le prime condizioni per la creazione di un contesto intersoggettivo in cui avvicinare i partecipanti all'incontro su un piano emotivo.

La ragazza, durante il primo incontro, esprime il proprio vissuto emotivo in risonanza con il fratello portando ad un momento di apertura verso il tema delle emozioni (fino a quel momento inaffrontabile). La condivisione del vissuto emotivo apre quindi uno spiraglio affinché emerga il tema della colpa, condizione preliminare fondamentale per gettare le basi di una relazione terapeutica all'interno della quale operare dei successivi cambiamenti ed accomodamenti.

Drammatizzazione del vissuto emotivo dei terapeuti come primo passo verso l'alleanza terapeutica

Il tema della colpa emerge tra le trame delle narrazioni della famiglia, passa attraverso le posizioni dei corpi dei terapeuti e dei familiari e viene vissuto da ognuno a livello di sensazioni e di emozioni, come uno scomodo compagno di viaggio che appesantisce le conversazioni e non permette di sentirsi liberi di esprimersi e di incontrarsi.

Si colgono l'aspettativa disattesa dei genitori nei confronti del sistema curante e il senso di colpa di Giovanni per non essere riuscito ad ottenere buoni risultati a scuola, deludendo se stesso ed i genitori.

Di fatto il meccanismo che avviene nella relazione tra Giovanni e i genitori è analogo a quello che rischia di innescarsi tra famiglia e sistema curante.

Partendo dall'idea di Tronick (1989) per cui il cambiamento avviene quando si comunicano e si condividono stati di coscienza, la prima strategia adottata in questo caso come terapeuti è stata quella di dare una restituzione conclusiva alla famiglia che facesse emergere il clima emotivo vissuto fino a quel momento, attraverso la drammatizzazione di un terapeuta in supervisione.

Uno dei terapeuti doveva confrontarsi col proprio collega-supervisore circa i propri vissuti di inadeguatezza e giudizio rispetto al suo lavoro con la famiglia, "parlando chiaro" sul proprio sentire emotivo e lasciando la famiglia in una posizione di ascolto, in cui osservare quanto le emozioni che stavano provando fossero in realtà in una dimensione relazionale condivisa.

Dal rango alla cooperazione attraverso l'esternalizzazione del vissuto di colpa

Successivamente all'esperienza di drammatizzazione del "terapeuta in supervisione", le reazioni della famiglia sono state numerose, ma non determinanti un cambiamento di prospettiva.

Anzi, inizialmente la reazione è stata di difesa e di ri-affermazione della propria posizione.

Tale condizione tuttavia ha offerto l'opportunità a tutti i membri del sistema di esternare apertamente i propri dubbi, timori e la sensazione di giudizio e inadeguatezza.

Per sgombrare il campo dall'inquinante della colpa, occorre "digerirlo" per passare dalla forma di pensiero "serve trovare una causa e un colpevole al problema presente" all'idea che occorre allearsi per affrontare la difficoltà.

A questo fine, si è ricorsi all'esternalizzazione di White (1992) che, come approccio terapeutico, fornisce alle persone l'opportunità di oggettivare e personificare (una sorta di "metafora in azione") le difficoltà, i sintomi e le problematiche che sentono particolarmente opprimenti. In questo modo, si ha la possibilità di separare il problema dalla persona o alla specifica relazione, in modo da considerarli più loro caratteristiche intrinseche e imm modificabili. Questo fornisce maggiore respiro e flessibilità in quelle situazioni in cui il problema è vissuto come restrittivo e ingabbiante (White, 1992).

Nel nostro caso, l'esperienza di esternalizzazione aveva un doppio scopo: rendere il clima relazionale più rilassato e caratterizzato da fiducia (favorire il passaggio ad un sistema motivazionale cooperativo e costruire una buona alleanza terapeutica) e iniziare ad introdurre l'idea che le difficoltà vissute dalla famiglia e da Giovanni non fossero una caratteristica intrinseca di Giovanni favorendo l'introduzione di nuove narrazioni, non "sa-

urate dal problema”.

Grazie al disvelamento del senso di giudizio espresso dalla famiglia ci è stata offerta l'opportunità di attuare un secondo passaggio chiave, al fine di stabilire una buona alleanza terapeutica con tutti i membri del sistema.

Dall'alienazione alla mentalizzazione delle difficoltà: scambiarsi di posto e dar voce ai vissuti dell'altro

In un contesto relazionale in cui il clima emotivo appare sereno e i genitori sono aperti nel racconto e Giovanni è incuriosito nell'ascolto e nella ricerca di connessioni con la vita presente dei genitori emergono a due posizioni divergenti tra moglie e marito rispetto al comportamento dei figli ed i due cominciano a portare avanti una discussione.

Giovanni, al centro della discussione dei genitori circa la sua adeguatezza ed autonomia in casa, comincia a piangere, fino all'uscita dalla stanza. È la prima volta che il ragazzo mostra un'intensa reazione emotiva. I genitori appaiono spiazzati e danno significati diversi alla reazione del figlio, il quale, da parte sua non riesce a commentare.

La crescente reazione emotiva di Giovanni risuona in me, portandomi sensazioni di disagio (in effetti non mi sento più comoda sulla sedia), inadeguatezza ma anche una forte rabbia e per un senso di ingiustizia. Queste emozioni possono diventare la voce di Giovanni.

Propongo a Giovanni di scambiare posto con me. Nel ruolo di Giovanni esprimo l'amore nei confronti dei genitori, la vergogna per sentire di averli delusi, la frustrazione per non essere all'altezza e la confusione circa quello che pensa il padre.

In conclusione domando a Giovanni (nel ruolo di terapeuta) cosa ne pensa.

A quel punto il ragazzo decide di tornare al suo posto ed esprimere il suo pensiero e le sue sensazioni liberamente.

Conclusioni

Il cambiamento è significativo in terapia quando si realizza una modificazione del tono emotivo. Solo poter trovare una diversa comprensione della propria posizione emotiva nel sistema conduce ad un diverso stato emotivo. Vivere le emozioni in modo relazionale costituisce un punto nodale di cambiamento.

«Condizione preliminare e/o necessaria per il cambiamento è una diversa comprensione emotiva (emoziona under standing: Orange, 1995) della propria posizione nel sistema. Questo vale sia per il terapeuta, sia per i pazienti. Questa comprensione emotiva non è la stessa cosa del diventare coscienti delle proprie emozioni. Non si tratta di “cognitivizzare” le emozioni, ma di esperirle in maniera diversa. Probabilmente, il meccanismo è ubiquitario, nel senso che agisce in tutte le terapie (argomento, questo, molto simile a quanto affermano i sostenitori dei fattori specifici in terapia).

Ciò ha un'implicazione forte: il tono emotivo nella seduta (nel qui e ora) conta più, o almeno altrettanto, delle eventuali ristrutturazioni cognitive. M'importa di più, oggi, il cambiamento di tono emotivo che non il cambiamento delle sequenze di comportamento. Perché i comportamenti possono benissimo cambiare senza che cambino le emozioni prevalenti nel sistema – ed è quanto ho visto avvenire in più d'un caso» (Bertrando, 2012, p.160).

Il cambiamento nel clima emotivo di una persona in terapia è legato a doppio filo al

cambiamento del tono emotivo del proprio terapeuta e viceversa ed è per questo che il lavoro terapeutico va nella direzione di far emergere le emozioni e, successivamente, riflettere su di esse, favorendone una comprensione profonda, una mentalizzazione ed un'integrazione nella propria esperienza.

Si è visto come, quando le emozioni cominciano ad emergere, si apre la possibilità di sentirle più connesse a se stessi e quella di poterne parlare con i propri familiari ed i terapeuti.

Ascoltare le proprie risonanze, i propri punti di fragilità, le proprie sensazioni "scomode" come terapeuti rappresenta una risorsa e un punto di forza per il lavoro terapeutico.

Nell'esperienza riportata, ci ha permesso prima di avvicinarci e di costruire la relazione terapeutica e, poi, di comporre ipotesi ogni volta attraverso lenti differenti, di stabilire i tempi e i ritmi dei movimenti con cui procedere.

A partire dal posizionamento emotivo, dunque, abbiamo sfruttato la possibilità di utilizzare la dimensione emozionale come un vero e proprio strumento di lavoro, proponendo e mettendo a punto diverse strategie di intervento in un'ottica sistemica integrata, al fine di promuovere un cambiamento che, dal singolo, permeasse nelle relazioni fino a pervadere tutto il sistema familiare.

Bibliografia

- Bertrando, P., Arcelloni, T. (2009). Veleni. Rabbia e noia in terapia sistemica. *Terapia familiare*, 89, 5-28.
- Bertrando, P. (2012). I processi di cambiamento in terapia sistemica. *Riflessioni Sistemiche*, 6, 154-165.
- Bertrando, P. (2014). *Il terapeuta e le emozioni. Un modello sistemico-dialogico*. Mila-

no: Raffaello Cortina.

- Boscolo, L., Cecchin, G. (1983). La psicoterapia e le sue finalità. In: Malagoli Togliatti, M., Telfener, U., (a cura di). *La terapia sistemica: nuove tendenze in terapia della famiglia* (pp.89-97). Roma: Astrolabio
- Boscolo, L. (2000), in Bertrando, P., Toffanetti, D. *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*. Milano: Raffaello Cortina.
- Cortesi, A. (2015). Dal peccato originale di Adamo ed Eva al senso di colpa nei sistemi. *Cambiamenti*, 33-42.
- Fruggeri, L. (1992). Le emozioni del terapeuta. *Psicobiiettivo*, 3, 23-34.
- Liotti, G., Monticelli, F. (2008). I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti, G., Fassone, G., Monticelli, F. (2017). L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Milano: Raffaello Cortina.
- Madonna, G. (2004). La musica della danza ovvero le emozioni attraverso Bateson. *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 19, 5-20.
- Orange, D. M. (1995). *Emotional understanding. Studies in psychoanalytic epistemology*. New York: The Guildford Press.
- SelviniPalazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., Prata, G. (1980). Ipotizzazione, Circolarità, Neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta. *Terapia Familiare*, vol. 7, 1980.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Tronick, E. Z. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *American Psychologist*, 44, 112-119.
- White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio-Ubaldini Editore.

Dal nomenomen al nickname: riflessioni cliniche sistemiche attorno alla scelta del nome

Laura Panato¹

Sommario

L'articolo si pone lo scopo di analizzare le dinamiche e i retaggi psico-culturali sottostanti l'assegnazione di un nome. Partendo da un excursus trasversale alle diverse epoche e che prende in esame differenti culture emergono aspetti diversificati e peculiari quali l'importanza di eternare gli antenati o proiettare sul nascituro aspettative e valori propri della famiglia. L'autore si concentra poi, anche attraverso l'esemplificazione di un caso clinico e utilizzando la lente della teoria sistemica, sul concetto di lealtà familiare e di impegno di lealtà in senso trigerazionale di cui si fa carico il portatore del nome, con uno sguardo alle teorizzazioni di Hellinger e di Jodorowsky. Infine l'articolo apre spazi di riflessione sul presente e sul futuro collegandosi alla scelta del nickname come atto comunicativo che permette alla persona di operare una scelta consapevole rispetto a quale narrazione di sé portare nel nuovo contesto relazionale.

Parole chiave

Nome, antenati, culture, lealtà, nickname, alias

Abstract

The paper's aim is to analyze the dynamics and the psycho-cultural heritage behind the assignment of a name. Starting from a cross-sectional excursus to different periods and examining different cultures, diversified and peculiar aspects emerge as the importance of make the ancestors eternal or project on the unborn child expectations and values of the family.

Through the exemplification of a clinical case and using the lens of systemic theory, the author focuses on the concept of family loyalty and the commitment to loyalty in the trigeneration sense of which the name bearer takes on, with a look at the theorizations of Hellinger and Jodorowsky.

Finally the paper opens up to reflections on the present and on the future, connecting the choice of the nickname to a communicative act, that allows the person to make a conscious choice of which narration of herself she wants to show in the new relational context.

Keywords

Name, ancestors, cultures, loyalty, nickname, alias

¹Laura Panato allieva 2°anno IDIPSI mail: laurapanato@hotmail.it

Premessa

C'è un momento, nel corso della vita, in cui si sente il bisogno di raccontarsi in modo diverso dal solito. È il pensiero autobiografico. È qualcosa che va oltre il comunicare agli altri sparuti ricordi di un tempo passato.

È un pensiero che cura, è un raccontarsi che diventa liberazione e ricongiungimento, che svuota e riempie.

Ripensare a ciò che è stato, che siamo, che abbiamo vissuto ci fa assistere allo spettacolo della nostra vita come spettatori (Duccio, 1996) ma non nell'accezione di liberarsi del passato prendendone le distanze, bensì di aprirsi al presente e al futuro.

Quindi da dove iniziare il racconto di sé se non proprio da sé stessi, da "chi sono io?".

Definire la propria identità significa innanzitutto dare il proprio nome e cognome.

Il nome nel tempo e nello spazio

L'assegnazione di un nome personale al nuovo nato è da sempre caratterizzante di specifiche epoche e culture.

Spesso nel nome che viene scelto sono presenti caratterizzazioni culturali specifiche che determinano una certa appartenenza sociale, oppure un auspicio, un omaggio, un investimento dei genitori rispetto alle scelte di vita del proprio figlio.

Lo studio dell'attribuzione del nome al neonato è un aspetto trasversale non soltanto alle differenti culture che popolano il mondo, ma appartiene anche alla storia del genere umano in un percorso lungo secoli.

In India la cerimonia induista di attribuzione del nome viene chiamata Namkaran.

Secondo il Rig- Veda, libro sacro per gli induisti, i nomi da assegnare al nuovo nato dovrebbero essere quattro, ciascuno con caratteristiche ben definite. Tre di questi quattro nomi rimarranno segreti per tutta

la vita, soltanto uno sarà un nome pubblico e deve sottolineare l'appartenenza sociale della persona.

Presso le tribù masai che vivono tra il Kenya e la Tanzania è usanza che al momento della nascita del figlio il padre non sia presente perché potrebbe, secondo la loro credenza, portare complicazioni al parto. Egli rimane pertanto lontano per circa sei, sette giorni.

Alla nascita, quindi, il bambino riceve un nome provvisorio che viene dato dalla madre. Per l'attribuzione del nome vero si deve attendere la cerimonia della Embarnoto e Nkerai, Secondo la credenza ebraica quando Dio creò Adam, il primo uomo, lo istruì a dare un nome a tutto quanto era stato creato da Dio stesso.

Allo stesso modo i genitori al momento della scelta del nome da dare al proprio figlio ricevono un'ispirazione divina.

Questo nome dovrebbe creare un legame tra il neonato e l'eredità del suo popolo, dovrebbe essere legato all'essenza della sua anima, un mezzo per lo sviluppo della propria personalità più profonda.

L'utilizzo anche nel mondo moderno del proprio nome ebraico è per un ebreo un segno distintivo molto forte che gli ricorda la sua appartenenza ad un popolo che, nonostante il lungo periodo di schiavitù, non si è mai omologato al suo oppressore ma ha sempre lottato per mantenere una specifica identità: una propria lingua, tradizioni, modo di vestirsi e i nomi dei propri avi.

Nell'antica Roma "Nomenomen" significava "un nome, un destino" e indicava la credenza secondo cui nel nome della persona fosse indicato il suo destino.

Più recentemente l'indagine sull'attribuzione del nome porta alla dottrina di Scinetology.

È la cerimonia del battesimo di scientology che attribuisce al neonato la sua nuova

identità, orientandolo in una nuova vita, sotto la guida di genitori e padrini, mantenendo però centrale il concetto di scelta personale. Volgendo lo sguardo verso il nostro Paese si possono osservare alcune tradizioni legate alla scelta del nome da affidare al nascituro che, provenendo da un passato lontano, permangono tutt'oggi, soprattutto nella cultura dell'Italia meridionale.

Ne è un esempio l'usanza di chiamare i neonati con il nome dei loro nonni. Questa scelta può avere diverse valenze di tipo etno-antropologico, tra cui il desiderio di eternare e onorare il capostipite, la convinzione di trasferire col nome anche il carattere della persona, oppure la convinzione di trasferire l'anima del donante e con essa la vita (Di Pietro, 2010). Se è vero che ogni popolo si riconosce nei suoi fondatori, allo stesso modo la famiglia si riconosce nei suoi antenati.

La scelta del nome ha in sé anche la speranza di vedere tramandati nel proprio figlio quei valori e quelle caratteristiche che rendono unico e speciale il modello di riferimento dal quale ha tratto ispirazione il genitore.

Questo aspetto era ben esemplificato dall'uso di chiamare i bambini con nomi di santi e d'eroi. Nelle culture di molti popoli antichi, come ad esempio gli Egizi, il nome impersonificava una presenza spirituale: pronunciare il nome di qualcuno significava dargli continuamente vita mentre cancellare il nome da statue e mausolei, dai registri civili e dagli annali significava cancellare l'individuo dalla storia della collettività, ucciderlo togliendogli l'anima.

Si può fare un parallelismo con quanto avveniva nei campi di concentramento tedeschi nei confronti dei prigionieri deportati ai quali venivano tatuati sull'avambraccio sinistro dei numeri. Da quel momento il loro nome non esisteva più ma divenivano un numero.

Dovevano imparare a distinguerlo e a dirlo in tedesco: si doveva rispondere quando lo chiamavano all'appello mattutino e serale, o quando distribuivano il pranzo ...

Il fatto di numerare i prigionieri (haftlinge) faceva parte del processo di demolizione dell'uomo, non si aveva più un nome, si era solo un numero. (Levi, 1947)

Nella storia dell'umanità da sempre i nomi evocano persone, situazioni, idee, seguendo la convinzione che con il ripetersi dei nomi e nel loro ricordo si desse continuità a un mondo di affetti, di ideali.

La lente della teoria sistemica ... integrata

Il nome e il cognome definiscono la propria filiazione: una realtà biologica, quindi una filiazione istituita che ci porta ad identificarci come "figlio di ..." ma anche immaginaria o narcisistica, che pone il focus sull'importanza della somiglianza che passa dal corpo (Guyotat, 1985).

Il patronimico definisce il rapporto con gli antenati e con la famiglia di discendenza. Se questo aspetto dinastico era in passato molto importante e la trasmissione del cognome del padre motivo di sopravvivenza del casato e del suo prestigio, ad oggi anche l'Italia, in linea con gli altri Paesi del mondo, sta aprendo gli orizzonti verso una possibilità di scelta più ampia in cui i genitori possono prendere in considerazione l'idea di aggiungere il cognome della madre a quello del padre nella trasmissione al figlio. La sentenza della Corte Costituzionale 2886/2016, citando una precedente sentenza (n° 61 del 2006) e indicando tale sistema di attribuzione del cognome come il «retaggio di una concezione patriarcale della famiglia, la quale affonda le proprie radici nel diritto di famiglia romanistico, e di una tra-

montata potestà maritale, non più coerente con i principi dell'ordinamento e con il valore costituzionale dell'uguaglianza tra uomo e donna», dichiara la possibilità di affiancare al cognome paterno anche quello della famiglia della madre.

Questa opzione non è attinente soltanto alla questione della parità di genere tra coniugi, ma anche all'idea che non esista più un sistema di identificazione implicito al caso paterno. Insieme al cognome si tramanda infatti l'appartenenza ad una dinastia, ad un sistema socialmente identificato ed identificabile che si snoda nelle generazioni. Scegliere di poter affiancare il simbolo di entrambe le famiglie d'origine dà pertanto la possibilità di sottolineare l'appartenenza ad entrambi questi sistemi, ai loro valori, alle loro storie trans generazionali.

Il nome e il cognome sono le prime finestre di comunicazione del sé col mondo esterno, il primo elemento con cui si viene in contatto con l'altro, sono l'emblema di noi stessi e del bagaglio che ciascuno si porta dietro. Se, come detto, il cognome delinea un'appartenenza per lo più generica in termini di discendenza, il nome deriva invece da una riflessione, da una decisione focalizzata alla specificità dell'individuo.

Esso può rispondere ad una tradizione familiare, per cui si osservano famiglie in cui al figlio maggiore di ogni generazione viene dato lo stesso nome.

A volte può essere un nome legato ad un ricordo della coppia genitoriale, ad esempio legato al viaggio di nozze, oppure ad un ricordo segreto.

L'utilizzo in terapia della tecnica del genosociogramma (Schützenberger, 2010) in linea con quanto finora affermato si pone obiettivi specificatamente finalizzati allo svisceramento delle relazioni familiari e trigenerazio-

nali che offrono chiavi di lettura importanti anche partendo dalle dinamiche retrostanti la scelta del proprio nome.

Se col termine lealtà intendiamo un atteggiamento affidabile della persona verso l'oggetto della lealtà stessa, il concetto di tessuto multipersonale della lealtà (Boszormenyi-Nagy, 1988) in psicoterapia sistemica implica l'esistenza di aspettative strutturate di gruppo. A questo concetto sottende l'idea che dietro la formazione della famiglia nucleare, dell'incontro tra un padre e una madre, c'è sempre un lascito delle famiglie d'origine.

Questo aspetto porta alla conclusione secondo cui la lealtà familiare non è quindi un elemento puramente individualistico ma è un concetto sistemico, presente all'interno di un gruppo multigenerazionale.

Gli impegni di lealtà sono derivati dunque da qualcosa dovuto ad un genitore o all'immagine interiorizzata della rappresentazione del genitore. L'assegnazione del nome può essere in un certo senso l'agito genitoriale nel compito di tramandare al figlio i valori propri, che a sua volta ha ricevuto dai suoi genitori, dalla sua famiglia, attraverso l'investimento di proiezioni future in riferimento agli atteggiamenti e comportamenti che ci si aspetta che il figlio possa mettere in atto nel corso della sua vita, come specchio degli insegnamenti che il genitore ha trasmesso ma ha a sua volta ricevuto.

Quando l'adulto è pronto a tramandare al figlio il proprio orientamento di valore nominativo diviene creditore e il figlio quindi sarà debitore.

Quest'ultimo salderà il suo debito nel sistema di retroazione intergenerazionale interiorizzando gli impegni attesi, vivendo all'altezza delle aspettative e successivamente trasmettendole alla propria progenie. Ogni

atto compiuto in funzione del ripagamento degli obblighi reciproci innalzerà il livello di lealtà.

L'inadempienza a tali aspettative agisce sul senso di colpa che è funzionale alla conservazione del sistema stesso.

L'eredità di Carlo Andrea

Carlo Andrea ha diciassette anni, è secondogenito di due fratelli. Non ha mai conosciuto il fratello maggiore, Carlo, che è nato tre anni prima di lui e prematuramente scomparso all'età di un anno.

I genitori si sono separati quando Carlo Andrea aveva otto anni. Da quel momento il ragazzo ha vissuto con la madre, frequentando però liberamente il padre che è tornato a vivere dalla propria madre.

Carlo Andrea giunge in consultazione nell'U.O. di neuropsichiatria Psicologia Infanzia e adolescenza inviato dal medico di base per alcuni attacchi di panico insorti qualche mese prima.

Carlo Andrea viene dipinto dai genitori, ma anche da sé stesso, come un bravo studente: frequenta con ottimi profitti il quarto anno di un istituto alberghiero. Alla luce dei suoi studi spesso aiuta la madre nella sua attività di ristorazione e tra i suoi progetti prevede di impegnarsi anche presso il ristorante in cui ha svolto lo stage scolastico.

A margine di ciò il ragazzo riferisce di essere coinvolto in attività extra scolastiche nel ruolo di aiuto allenatore in una squadra di calcio e animatore per i bambini della parrocchia. Riferisce di avere una consolidata cerchia di amici coi quali dice di sentirsi a proprio agio, ma di non avere abbastanza tempo da investire in una relazione sentimentale.

L'episodio della morte del figlio primogenito è stato un evento molto difficile per i genitori che ha tutt'ora ripercussioni emotive su di

loro, in particolare anche per la nonna paterna che parla del nipote scomparso con grande affetto.

Rispetto al rapporto con la nonna Carlo Andrea la descrive come esigente in termini di attenzioni e richieste.

Carlo Andrea giunge in consultazione lamentando momenti di forte agitazione e timore di stare male in mezzo alla gente, seguiti da episodi di attacchi di panico avvenuti in diverse occasioni.

Vengono effettuati tre colloqui nei quali la convocazione ha sempre compreso oltre a Carlo Andrea anche i genitori, che si sono presentati con regolarità e buona disposizione a mettersi in gioco per cercare di capire il funzionamento e le dinamiche del loro sistema familiare.

L'ipotesi iniziale che ha mosso i terapeuti nei primi incontri con questo nucleo familiare, e che ha fatto in modo che si optasse per un intervento familiare e non centrato soltanto sul ragazzo, è basata sull'idea che il sintomo di cui Carlo Andrea si sta facendo portatore possa trovare significato scavando nella storia della famiglia stessa, in particolare nella costruzione interrelazionale fra i membri e nel rapporto di ciascuno di loro con gli accadimenti del passato.

Fin dal primo colloquio la famiglia racconta della morte del primogenito e i genitori riferiscono di aver sentito il bisogno di perpetrare il ricordo del figlio scomparso anche al momento della nascita del secondo figlio: Carlo era infatti il nome che i genitori avevano scelto per il fratello maggiore e che hanno deciso di riproporre anche per il secondogenito.

Le possibili riflessioni inerenti la storia del sintomo esperito da Carlo Andrea potrebbero innanzitutto partire proprio dall'ingombrante fardello da lui ereditato in seguito alla scomparsa del fratello maggiore. Insieme al

nome Carlo Andrea ha verosimilmente ricevuto su di sé tutto il carico emotivo e le attese soprattutto affettive che gravitavano intorno al primogenito.

Inoltre nel corso degli incontri sia Carlo Andrea che i suoi genitori, parlando del rapporto tra il nipote e la nonna paterna, descrivono quest'ultima come molto legata al ricordo del nipote scomparso che dipinge come "coccolone e bonaccione". Questo bisogno affettivo, dopo la scomparsa del bambino, è stato riversato su Carlo Andrea che, a detta del padre in modo particolare, ha da sempre cercato di compiacere la nonna.

Costruire una propria identità all'interno di un contesto familiare in cui aleggia la presenza-assenza di un antenato la cui memoria va omaggiata ed eternata è un processo sicuramente complesso che può aver portato Carlo Andrea ad aderire all'immagine di bravo ragazzo e figlio/nipote amorevole e devoto. Scontrandosi con quelli che sono i passaggi evolutivi fisiologici nella vita di una persona, in modo particolare nel periodo adolescenziale, Carlo Andrea ha presumibilmente dovuto creare un tipo di compromesso tra la volontà di soddisfare queste tacite aspettative del sistema e il suo naturale e personale bisogno di svincolo.

Questa ambivalenza ha probabilmente fatto in modo che si creasse una sorta di gabbia fatta di doverizzazioni e lealtà familiari in cui gli unici spiragli e tentativi di svincolo che si può concedere potrebbero essere proprio gli episodi di attacchi di panico, durante i quali Carlo Andrea può permettersi di evadere da questa visione di sé costrittiva e di investimenti.

Il ragazzo sembra agire quella polarità semantica che secondo Ugazio (1998) descrive l'organizzazione fobica di personalità tra dipendenza e bisogno di protezione da un lato e libertà e indipendenza, principalmente dai

vincoli relazionali, dall'altro, in un'alternanza di paura e coraggio.

Con l'imminente passaggio anagrafico alla maggiore età, quindi all'età adulta, potrebbe rendersi più preminente il bisogno di una ridefinizione del sé che possa affrancarsi dalle proiezioni della famiglia e dall'impersonificazione del ricordo del fratello scomparso, quindi dall'immagine di sé costruita attorno alle aspettative del "bravo ragazzo, figlio e nipote devoto".

Ora Carlo Andrea, ma anche il sistema in cui è inserito, devono affrontare un passaggio evolutivo molto delicato, che prevede probabilmente l'elaborazione del lutto del primogenito e l'affrancamento del secondogenito dalle aspettative di lealtà in cui era stato inconsapevolmente invischiato.

Questo potrebbe avvenire innanzitutto portando alla luce queste dinamiche e rendendole palesi a tutti i membri della famiglia, mostrando come si siano create e diramate in modo assolutamente poco consapevole e intenzionale ma sottolineando quanto siano state influenti sulle modalità di costruzione della personalità di Carlo Andrea.

Potrebbe in questo caso essere d'aiuto fare in modo che la famiglia saluti il primogenito e si senta da lui autorizzata a continuare la propria vita concentrandosi sulle spinte vitali che appartengono al sistema.

Forse questa famiglia ha bisogno di creare un'identità comune, che non vuole cancellare ciò che è stato, ma che dà priorità alle sfide dell'oggi. Ha forse la necessità di identificarsi sotto una comune immagine di sé che racchiuda tutte le parti da cui è composta. In tal senso lavorare sui miti e sulle rinarrazioni (White, 1992) possibili potrebbero sbloccare dall'impasse evolutivo la famiglia.

Carlo Andrea, rispondendo alle attese di cui si è sentito investito, ha forse modellato sé

stesso in modo tale da fungere come sorta di “riparatore” alla perdita sofferta dai membri della famiglia, come se, essendo il figlio sopravvissuto, si sentisse in debito affettivo con i propri genitori e cercasse di colmare la loro sofferenza e al contempo di eternare il ricordo della perdita subita.

Ora il ragazzo ha davanti a sé nuove prospettive di realizzazione di un sé che è anche altro. La scultura (Satir 1973) di quello che vorrebbe per il suo futuro e per quello della sua famiglia potrebbe essere uno strumento d’impatto immediato che rimandi a ciascun membro una visione diversa senza la mediazione razionale della componente verbale.

<Tutti siamo marcati, per non dire contaminati, dall’universo psicomentale dei nostri antenati. Così, molti individui, fanno propria una personalità che non è la loro, ma che proviene da uno o più membri della loro cerchia affettiva. Nascere in famiglia è in qualche modo essere posseduti e tale possessione si trasmette di generazione in generazione. La persona stregata si converte in stregone, proiettando sui figli ciò che prima era stato proiettato su di lei, a meno che non acquisti consapevolezza di tale funzionamento, rompendo il circolo vizioso> Jodorowsky (2006, pag 54).

Per certi aspetti questo concetto non è troppo discostante dall’idea di “anima” di Hellinger (2004), termine utilizzato nella definizione della parte inconscia della psiche umana che consente ai valori, ai comportamenti, ai destini degli antenati di agire su un altro individuo determinandone scelte e comportamento.

Il lavoro con le rappresentazioni portato avanti nella pratica delle costellazioni familiari si fonda sul concetto che la famiglia è un campo energetico relazionale governato da regole precise che si mantengono nel tempo. Tutto

ciò che viene represso dai membri della famiglia stessa è destinato a ripresentarsi all’interno del sistema.

Il compito che spesso i figli assumono su di sé deriva dalla percezione che essi hanno di tale energia e dal loro tentativo di ripristinare un equilibrio interno alla famiglia.

Operare con le rappresentazioni familiari aiuta quindi a divenire consapevoli dell’influenza esercitata dalla famiglia sul singolo e sui legami che intercorrono tra la persona e la famiglia stessa, in modo tale da poter fornire alla propria anima gli strumenti che sono necessari per liberarsi.

In una rappresentazione l’immagine, che precedentemente era sconosciuta della famiglia e alla famiglia stessa, viene fatta emergere, grazie principalmente alla messa in azione di rappresentanti. Il soggetto diventa pertanto spettatore dei meccanismi che intercorrono fra lui e i membri della sua famiglia. Questa drammatizzazione aiuta a portare alla luce le tensioni e i sentimenti sottesi al sistema.

La scelta del nome, come visto, determina implicitamente uno zoom molto più ampio che comprenda, nel campo visivo di chi osserva, la famiglia di oggi, i genitori che discutono e compiono la scelta, ma anche una serie di fatti passati, immagini di persone ormai sfocate nei ricordi, valori condivisi, eventi che si ripetono nella storia. Accanto a questo aspetto basilare si trovano oggi dei contesti in cui la scelta e la responsabilità di declinare la propria identità secondo specifiche caratteristiche è appannaggio esclusivo della persona stessa. Uno tra questi è il mondo del cyberspazio.

Il nick- name

Un nuovo campo di applicazione in cui lo studio delle implicazioni del nome sulla formazione della propria identità e sulla relazione col

mondo esterno appare via via sempre più significativo è rappresentato dalla cyber psicologia, quindi l'approfondimento delle modalità di utilizzo di internet e del cyberspazio. Nello specifico, se è vero che il nome è dato da una scelta genitoriale, o quantomeno da processi interni al sistema familiare pregressi alla nascita del bambino, internet e i social network permettono all'individuo una nuova assegnazione di identità che è opera di una scelta personale: il nickname.

Esso è diverso anche dal soprannome, che è assegnato dalla comunità e spesso è indice di un giudizio sociale. Il nickname per definizione è uno pseudonimo utilizzato in una realtà virtuale il cui scopo è l'identificazione di sé stessi.

Questa scelta d'identità è volontaria, è il modo con cui l'individuo decide di presentarsi agli altri. Come afferma Triberti (2016) la scelta di un nickname non è un'azione insignificante, piuttosto si tratta di un atto comunicativo, emerso da un ragionamento intenzionale da parte di una persona che sta per entrare in un contesto sociale, nel quale dovrà relazionarsi con gli altri.

Esso può pertanto comunicare delle caratteristiche fisiche e sociali potenzialmente diverse dalla realtà oggettiva dando la possibilità all'utente di creare identità fittizie oppure di dare una visione frammentata di sé.

Il cyberspazio può essere abitato da identità multiple, da sé possibili distribuiti in diversi ordini di realtà dando voce alle differenti fonti di autoriconoscimento dell'io (Minnini, 2008). In questo contesto si inserisce anche il concetto di *alias* o *fake*: la creazione deliberata di una falsa identità virtuale, uno pseudonimo che può nascere anche dall'appropriazione dei dati personali propri di una persona altra realmente esistente. Comprende tutti quei casi in cui il nickname dà indicazioni aperta-

mente false sull'identità condivisa.

Lo spazio virtuale offre quindi la possibilità di pensare sé stessi in modo frammentato e decidere deliberatamente quale narrazione di sé portare agli altri.

È ciò che Brusciaglioni (1994) definisce *self empowerment*: un processo di ampliamento delle possibilità che il soggetto può praticare e tra le quali è possibile scegliere.

Questa prospettiva offre pertanto un'apertura verso scenari sempre più attuali nei quali l'utilizzo di internet e dei social network è una pratica quotidiana e rimanda la definizione della propria identità all'utente stesso che può proiettare nella scelta del nickname un sé ideale, un'idea di sé da proporre alla comunità che è frutto di una scelta consapevole e operata per sé stesso in prima persona nella quale proiettare quelle che sono le proprie aspirazioni, desideri o aspettative e non essere più ricettore delle immagini altrui. La creazione di un nickname può agire da facilitatore nello sviluppo, oggi sempre più consistente, del fenomeno del cyber bullismo, il quale, a differenza del bullismo in accezione più canonica, possiede peculiarità proprie che lo definiscono.

L'utilizzo di un nickname dà in primo luogo una parvenza di anonimato al molestatore, aspetto in realtà illusorio in quanto ogni comunicazione elettronica lascia traccia di sé, rendendone difficile la reperibilità e quindi l'identificazione.

Questi aspetti legati alla percezione di anonimato e alla difficile identificazione, in associazione con la possibilità offerta dall'uso del nickname di assumere virtualmente un'identità altra da sé concede alle persone la libertà di dire o fare qualcosa che nella vita reale non sarebbe stato per loro realizzabile. Il nickname diventa pertanto un facilitatore rispetto agli episodi di cyber bullismo in

quanto comporta in primis una mancata conoscenza diretta del responsabile, aumentando in tal modo il senso di minaccia percepito dalla vittima e in secondo luogo, attraverso la percezione di invisibilità che sperimenta il molestatore, l'attivazione di una maggiore sicurezza e disinibizione nel bullo che comporta una riduzione del suo senso di responsabilità sociale (Nizzo, 2014). Diminuisce il sentimento di compassione per la vittima, la quale spesso non è percepita come reale ma come un'entità priva di emozioni. Con la mancanza del contatto umano il bullo fatica a comprendere il dolore provocato dalle sue azioni.

Bibliografia

- Arletti, E.(2013). *La psicosi, tra sistemi e costellazioni*. *Cambiamenti*, 1/2013, p. 39-52
- Arletti, E.(2014). *Meta genealogia, tra Jodorowsky e sistemica*. *Cambiamenti*, 3/2014, p. 55- 70
- Bechar-Israeli, H. (1995). *Nicknames, play, and identity on internet relay chat*. *Journal of Computer-MediatedCommunication*, 1 (2)
- Brusaglioni, M. (1994). *La società liberata*. Milano: Franco Angeli.
- Boszormenyi- Nagy, I., Spark, G. (1988). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio
- Carlotti, E.(2013). *Lutti, depressione, dipendenze, dall'amore che fa ammalare all'amore che guarisce attraverso le costellazioni di Bert Hellinger*. *Cambiamenti*, 1/2013, p. 53- 66
- Daniel, G., Barrat,S. (2017). *Famiglie multiculturali*. Seminario
- Di Pietro, C.(2010). *Nominalia. L'imposizione del nome nella cultura popolare*. *Èthnos quaderni di etnologia* n°5. C.S.T.B.
- Duccio, D. (1996). *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Cortina.
- Ferrario, V.,(1833). *Viaggio nell'interno dell'Africa fatto negli anni 1795, 1796 e 1797 da MungoPark*. Napoli: nuovo gabinetto letterario
- Hellinger, B.,(2004). *Riconoscere ciò che è*. Milano: Feltrinelli
- Jodorowsky, A. (2006). *La danza della realtà*. Milano: Feltrinelli Editore. – Jodorowsky
- Lancan, J.,(2005). *I complessi familiari nella formazione dell'individuo*. Bologna: Einaudi
- Mininni G., (2008), *Psicologia e media*. Laterza: Bari.
- Nizzo, M.I.,(2014), *Internet (non) è un gioco da ragazzi*. Roma:tipolitografia Istituto Salesiano Pio XI
- Satir, V.,(1973). *Psicodinamica e psicoterapia del nucleo familiare*. Roma: Armando
- Schützenberger, A.,(2010). *La sindrome degli antenati*. Roma: Di Renzo
- Ulsamer, B.,(2001). *Senza radici non si vola. La terapia sistemica di Bert Hellinger*. Latina: Crisalide
- Viettone, E.,(2016). *Il nickname scelto dal videogiocatore dice molto della sua personalità*. *Repubblica*, 13 aprile 2016
- White, M.,(1992). *La terapia come narrazione*. Roma: Astrolabio

Io non sono lì, ma dove tu mi puoi ricordare...” La perdita di un familiare: un’Assenza che è Presenza

Elisa Busoli¹

Sommario

“Pánta rheî” (in greco “πάντα ῥεῖ”), tradotto in “tutto scorre”, questo celebre aforisma di Eraclito racchiude in sé l’essenza evolutiva della morte. Secondo quest’ottica vita e morte rappresenterebbero le due sfaccettature del medesimo ciclo vitale che accomuna tutti i sistemi viventi, in un eterno processo di trasformazione.

Con il presente lavoro, l’autrice intende esplorare il significato attribuito alla perdita di un familiare, oltre a tutti gli echi che esso produce nella storia familiare transgenerazionale. La morte, perturbando tutti gli elementi costitutivi del sistema compresi i miti e gli script familiari, propone sfide adattative che richiedono una riorganizzazione e decisivi cambiamenti nell’identità e negli scopi della famiglia. La rinarrazione personale della perdita, elaborata e condivisa all’interno del sistema familiare, anche attraverso i rituali, permette non solo di accettare tale evento, ma anche di fondare il futuro sul passato, permettendo ai familiari di mantenere un legame indissolubile con chi non c’è più attraverso il loro vivo ricordo. È proprio attraverso il potere evocativo di tali narrazioni che chi non c’è più riacquista una nuova esistenza, diventa “un’Assenza che è Presenza”, un legame vivo nella storia familiare che ne favorisce il naturale ciclo evolutivo, oltre a stimolare un potenziale processo di trasformazione dell’intero sistema.

Parole Chiave

Sistema familiare, morte, ricordo, rinarrazione, trasformazione, trasmissione intergenerazionale.

Abstract

“Pánta rheî” (in Greek “πάντα ῥεῖ”), translated in “everything flows”, this celebrated aphorism by Heraclitus embodies the evolutionary essence of death. According to this view, life and death would represent the two faces of the same life cycle that unites all living systems, in an eternal process of transformation.

work, the author intends to explore the meaning attributed to the loss of a family member, in addition to all the echoes that it produces in the transgenerational family history. Death, by disturbing all the constituent elements of the system, including family myths and scripts, proposes adaptive challenges that require a reorganization and decisive changes in family identity and purposes. The personal re-narration of loss, elaborated and shared within the family system, also through rituals, allows not only to accept this event, but also to base the future

¹Elisa Busoli allieva 1° anno IDIPSI mail: elisabusi89@hotmail.it

on the past, allowing family members to maintain an indissoluble bond with the lost member through vivid memories. It is precisely through the evocative power of such narratives that the deceased regain a new existence, it becomes an “Absence that is Presence”, a living link in the family history that favors the natural evolutionary cycle, as well as stimulates a potential process of transformation of the whole system.

Key Words

Family system, death, memory, re-narration, transformation, intergenerational transmission.



*“Non restare a piangere sulla mia tomba.
Non sono lì, non dormo.
Io sono mille venti che soffiano.
Sono lo scintillio del diamante sulla neve.
Sono la luce del sole che brilla sul grano maturo.
Sono la pioggia lieve d’autunno.
Quando ti svegli nella quiete del mattino,
sono il rapido fruscio degli uccelli che volano in cerchio.
Non restare a piangere sulla mia tomba.
Non sono lì, non dormo.
Sono le stelle che brillano nella notte.
Non piangere sulla mia tomba.
Io non sono lì,
ma dove tu mi puoi ricordare.”*
(Canto degli Indiani Navajo)

Introduzione

“Io non sono lì, ma dove tu mi puoi ricordare ...”, questa frase molto evocativa degli Indiani Navajo racchiude in sé l’essenza evolutiva della morte, intesa come un passaggio particolare nel ciclo vitale non solo dell’individuo, ma dell’intero *sistema familiare*. Ogni sistema vivente, durante il suo ciclo vitale, si confronta inevitabilmente con la morte e con i profondi cambiamenti che essa comporta. In questo eterno *processo di trasformazione*, che vede la morte come anticamera di una nuova vita, la fine di un ciclo ne costituirebbe l’inizio di uno nuovo, le cui condizioni sono da scoprire e da sperimentare. Vita e morte possono così essere comprese soltanto nella reciprocità e complementarietà della relazione. In quanto componente immanente, necessaria e immodificabile del ciclo vitale di ogni sistema vivente, la morte e il confronto con essa rappresentano un evento cruciale nella storia di ogni persona oltre che una difficile prova per ogni famiglia. Il tema della perdita, infatti,

si prefigura come una grande sfida per le possibilità adattative del sistema familiare, considerato le potenti ricadute che ha su di esso, su ciascuno dei suoi membri e su tutte le relazioni significative che si intessono sia all’interno sia all’esterno della famiglia. Una rielaborazione di tale evento, con tutti i vissuti emotivi che esso porta con sé, può riavviare il ciclo vitale della famiglia, evitando la trasmissione da una generazione all’altra di nodi e dolori irrisolti. Emerge così il ruolo fondamentale delle narrazioni nell’intessere connessioni tra eventi e significati durante il fluire del tempo. L’intero corso dell’esistenza umana è una complessa trama di storie che sono elaborate e rielaborate sia dal singolo individuo che dal sistema familiare. È proprio attraverso il potere evocativo di tali narrazioni che la persona deceduta rivive, diventa “un’assenza che è presenza” all’interno del sistema familiare, influenzando sulla qualità delle relazioni e sulla capacità della famiglia di riorganizzare la propria identità e i propri scopi. La capacità di elaborare la perdita e di riconnetterla alla vita dei membri della famiglia, attraverso un processo di *rinarrazione* della storia familiare, rappresenta un percorso indispensabile per il passaggio del dolore, favorendo un possibile processo di trasformazione dell’intero sistema.

La trama familiare tra miti e script

La famiglia può essere interpretata come un sistema complesso, risultante dall’intersezione di dimensioni e di livelli diversi: un piano sincronico di interazioni e di modelli comunicativi si incrocia con un piano diacronico di storie individuali e collettive attraverso cui si strutturano legami e significati condivisi (Onnis, 2016). Il piano diacronico appartiene al registro dell’implicito, è celato,

più difficile da esplorare e legato ai vissuti della famiglia: è il livello dei *miti familiari*. I miti si originano in un arco di tempo che attraversa le generazioni e vanno a definire la storia particolare di quella famiglia, divenendo il cuore pulsante su cui si fonda il sentimento di appartenenza familiare. Considerato la sua collocazione a un livello nascosto e profondo del sistema familiare, il mito definisce, in un gioco di interdetti e di autorizzazioni, i ruoli essenziali dei membri della famiglia, le posizioni generazionali, le funzioni affettive, sociali e biologiche.

Accanto al mito familiare vi è un altro elemento fondante, di significato opposto: il fantasma familiare, il quale rappresenta un'eventualità vissuta come catastrofica, incompatibile con i valori del gruppo e l'appartenenza ad esso. La trama dei miti e dei fantasmi è radicata nella storia della famiglia, ma a loro volta i miti e i fantasmi familiari sono inevitabilmente iscritti nei miti e nei fantasmi della società e della cultura di appartenenza.

La storia dei sistemi familiari si svolge mentre la società nel suo complesso evolve e si trasforma ed ogni famiglia, in base alla propria specifica storia, ne reinterpreta gli elementi creando così una struttura mitica del tutto singolare. È proprio nell'interrelazione tra il piano sincronico e il piano diacronico che risiede il cuore pulsante del ciclo vitale della famiglia, caratterizzato da un susseguirsi di fasi in cui eventi attesi convergono con eventi imprevisi, carichi di significati e di compiti evolutivi differenti.

Il concetto stesso di ciclo comporta un confronto con la temporalità dell'esistenza e con il susseguirsi di fasi che evolvono e che incontrano, inevitabilmente, nascite e morti, costanti sfide agli assetti consolidati, passaggi di ruoli e funzioni, trasferimenti e

passaggi di valori. Diventa così centrale non solo la capacità di adattarsi alle varie fasi del ciclo vitale, ma anche il particolare significato che viene attribuito alle modificazioni cui le famiglie vanno incontro per affrontare tali momenti cruciali dell'esistenza. La perdita di un familiare e il confronto con essa comportano, infatti, un profondo cambiamento nella storia sia personale che familiare.

La morte in famiglia racchiude in sé molteplici perdite: della persona deceduta, dei ruoli e delle relazioni, dell'unità familiare, delle speranze e della rappresentazione condivisa del futuro.

Tale evento ha un effetto perturbante su tutti gli elementi costitutivi del sistema, compresi gli script familiari.

Il concetto di *Family Script* (copione familiare) è stato introdotto da Byng-Hall (1985, 1986) e può essere definito come «l'insieme delle aspettative condivise di come i ruoli familiari debbano essere rispettati all'interno di contesti differenti» (Byng-Hall, 1998, p. 18).

La trama familiare risulta così inscritta in un copione che tende a mantenersi invariato nel tempo, mentre gli "attori" possono cambiare. L'identificazione in uno script profondamente radicato e condiviso è di grande importanza per una famiglia nel mantenere una propria coerenza quando reagisce al mondo esterno o a un evento immutabile come la morte di un membro familiare.

Tale evento può assumere un duplice significato in relazione agli script familiari: può implicare sia il processo di piangere la persona scomparsa insieme a tutti gli aspetti connessi alla situazione e all'elaborazione del lutto (script del lutto) sia il lutto per gli script che sono stati interrotti (lutto degli script).

L'influenza di tali script familiari non realizzati può agire anche per diversi anni all'interno della famiglia, spesso a livello inconscio.

Il lutto per la perdita di un familiare non è unicamente un processo che riguarda il singolo individuo, bensì coinvolge in profondità l'intero sistema familiare tanto che la sua risoluzione necessita della condivisione all'interno del sistema stesso. La famiglia potrà così ridefinirsi e rielaborarsi, riscrivendo i propri copioni familiari, e mantenere vivo il ricordo della persona defunta integrando nella storia familiare la rielaborazione costruttiva della perdita.

Tale rielaborazione è intrisa dalla consapevolezza che anche "le assenze si possono frequentare" e possono diventare, attraverso il mito familiare, un elemento identificativo importante, interlocutore, guida o ispirazione. Richiamando le parole di Byng-Hall, «il termine commemorare i morti porta in sé una saggezza fondamentale.

È necessaria la capacità di ricordare la persona morta e allo stesso tempo di sapere che lei o lui si ricorda di noi. La rappresentazione mentale di una figura di attaccamento che ci fa sentire sicuri è di qualcuno che ti tiene in mente. La commemorazione può essere una fonte di sicurezza dopo la morte di una persona amata.

L'attaccamento prosegue anche dopo la morte» (Byng-Hall, 1998, p. 322).

Perdite e riti: il potere trasformativo dei rituali

Le credenze culturali su ciò che avviene alla persona dopo la morte possono, a volte, favorire l'evoluzione dello script e offrire la possibilità di superare la rabbia e i sensi di colpa legati a questioni irrisolte con la persona defunta. Il momento del lutto rappresenta un passaggio particolare nel ciclo vitale. Esso costituisce uno dei tipici momenti di "margine" (Van Genep, 1981) e separa la persona defunta e la sua famiglia dal re-

sto della società circostante, in attesa di una nuova reintegrazione. Il momento del lutto implica il passaggio da un'appartenenza ad un'altra, passaggio che avviene in forma ritualizzata. I rituali si realizzano sempre in una situazione interattiva in cui i codici comunicativi simbolici trasmessi sono sempre ambigui per permettere l'apertura a nuovi significati e a nuove elaborazioni, che vengono direttamente agiti e sperimentati dal soggetto. I riti costituiscono il "sistema terapeutico culturale" più antico per affrontare le conseguenze della morte per i vivi.

Essi incorporano significati simbolici condivisi e propongono un tempo fuori dal tempo per sperimentare, nel modo organizzato delle cerimonie, le emozioni coinvolgenti che la morte evoca (Andolfi e D'Elia, 2007).

La morte, in quanto evento con una duplice valenza, individuale e sociale, rappresenta una prova critica non solo per la sopravvivenza della trama costitutiva del sistema familiare, ma dell'intera comunità. La ritualità permette sia al sistema familiare sia al sistema più allargato della comunità di affrontare la perdita e di iscriverla, rielaborata, nella continuità della propria storia.

I riti, rispettando la necessità dell'ascolto e del silenzio, oltre la non predicibilità dei percorsi di elaborazione del lutto, facilitano non solo l'integrazione della morte, ma anche la trasformazione dei viventi. I rituali possono così esercitare un potere trasformativo sulla perdita: iscrivendola in un sistema di significati organizzati nello spazio e nel tempo, le attribuiscono un significato, danno cioè parola all'indicibile, al nulla che è la morte. Ogni rito, come ogni vissuto legato alla perdita, è caratterizzato da un sentimento di ambivalenza radicale e la soluzione all'enigma della morte si raggiunge solo attraverso una lotta, o meglio attraverso una dialettica

aperta tra le forze distruttive e quelle vitali. È questo che rende complesso il lavoro del lutto, ma nello stesso tempo è proprio la consapevolezza e l'accettazione della sua ambivalenza a renderlo possibile.

La perdita di un familiare come potenziale agente di cambiamento

La morte propone sfide adattative che richiedono una riorganizzazione e decisivi cambiamenti nell'identità e negli scopi della famiglia. Tali cambiamenti si dispiegano nel tempo, alcuni nel breve termine, altri, spesso con esiti più imprevedibili, lungo la dimensione temporale che comprende non solo il ciclo vitale di quel sistema familiare, ma che connette tra loro le diverse generazioni (piano diacronico). Le reazioni alla perdita in famiglia possono essere molto diverse tra loro. È possibile che si passi per una fase di diniego ed evitamento condiviso, come tributo al ripristino immediato di un equilibrio accettabile e quale reazione finalizzata alla sopravvivenza emotiva (Herz, 1989).

Il sistema familiare potrebbe anche mettere in atto un processo di triangolazione della persona deceduta al fine di permettere ai sopravvissuti di ricompattare la famiglia intorno a un "eroe" (Shapiro, 1994) oppure potrebbe attuare un processo di parentificazione di un figlio o un distanziamento di uno o più membri (Boszormenyi-Nagy e Spark, 1973).

Ciascuna di queste reazioni non è da interpretarsi come segno obbligato di un processo di elaborazione del lutto fallimentare o patologico. È nel complesso intreccio tra fattori di rischio e fattori protettivi, tra stress e risorse che prende forma l'esito del processo di elaborazione del lutto.

Tra le varie risorse familiari, spicca la *capacità comunicativa* rispetto alla profondità del

dolore: risorsa in grado di assicurare a tutti i componenti la possibilità di confrontarsi con il lutto individuale di ciascuno, favorendo l'espressione e un'elaborazione condivisa dell'esperienza della perdita.

Quando viene meno questa capacità comunicativa si possono manifestare modalità protettive e collusive di evitamento, "coperture" reciproche e complici che sono al servizio di nodi personali e familiari preesistenti (Bowen, 1979). È allora che appare impossibile procedere ed evolvere senza dimenticare e senza paralizzarsi.

In linea con la prospettiva intergenerazionale del lutto, Moos (1995) propone un modello integrato di lutto familiare, in cui si combinano la concettualizzazione individuale con quella familiare. Moos individua come punto di partenza l'evento morte e le sue diverse caratteristiche (tipo di morte, età della persona deceduta, la causa e la modalità di morte). La reazione a tale evento si costruisce a seconda delle percezioni cognitive del filtro individuale, che dipende a sua volta dal funzionamento della famiglia nucleare (patterns interattivi, stili di comunicazione, flessibilità o rigidità dei ruoli, frontiere familiari più o meno permeabili allo scambio emozionale), dalla storia familiare (esperienze precedenti di lutto, regole generali dell'espressione emozionale, credenze religiose e differenze di genere) e dai condizionamenti culturali che determinano che cosa è accettabile in termini di lutto (la cultura generale, il background etnico e la comunità locale con le sue usanze).

L'integrazione delle concettualizzazioni individuali con quelle familiari del lutto è caratteristica di quelle famiglie che presentano feedback reciproci e interattivi tra i loro membri; famiglie non solo in grado di modificare le interazioni familiari, ma anche le

reazioni al lutto e le strategie per affrontarlo. Le reazioni al lutto possono comportare, infatti, sia processi di adattamento sia di cambiamento del sistema familiare. Tali processi sono, tuttavia, diversi tra loro; la finalità dell'adattamento non è solo quella di ripristinare l'equilibrio sovvertito dalla perdita, di tornare all'assetto personale e familiare che la precedeva, ma prevede anche manovre finalizzate alla negazione e al diniego, incapaci di consentire una reale integrazione della perdita e di riavviare i processi vitali di crescita. Il processo di cambiamento, come reazione alla perdita di un familiare, è invece un processo dinamico, in continua evoluzione, che coinvolge l'intero sistema e riattiva i compiti adattativi. Tale processo permette ai familiari di riconoscere la realtà della morte e di confrontarsi con le reazioni individuali di tutti, favorisce l'accettazione dell'esperienza della perdita e, integrandola nella storia familiare, conferma il senso di appartenenza e di condivisione che a sua volta contribuisce alla riorganizzazione della famiglia.

Tale processo stimola anche il reinvestimento in altre relazioni e compiti di vita (Walsh e McGoldrick, 1991).

Il processo di elaborazione del lutto è estremamente complesso e non può mai dirsi concluso definitivamente, sebbene la risoluzione soggettiva consista sempre nella trasformazione della presenza fisica alla permanenza interiorizzata dei legami oltre la morte. In questa prospettiva, riveste un ruolo fondamentale la rinarrazione personale della perdita.

Tale rinarrazione, se elaborata e condivisa all'interno della cornice relazionale familiare, permette non solo di accettare tale evento necessitato e imm modificabile, ma anche di integrare il futuro con il passato. Si crea così un filo di connessione tra le diverse genera-

zioni che permette ai familiari di mantenere un legame indissolubile con chi non c'è più attraverso il loro vivo ricordo e di riscrivere creativamente la propria storia familiare.

Conclusione - Il ricordo rinarrato

Ognuno di noi ha già sperimentato, almeno una volta nella propria vita, l'esperienza della perdita di una persona significativa, con tutti gli intensi e profondi vissuti emotivi che ne derivano; echi che continuano a risuonare, nel fluire del tempo, all'interno della propria storia personale e familiare.

Ciascuno di noi ha dentro di sé un romanzo familiare e ogni famiglia ha una storia da raccontare; una storia che si ripete, una storia mitica, una saga e dei segreti. Siamo tutti eredi di queste tradizioni, di questa storia (Schützenberger, 2011). Le strutture familiari ruotano attorno al perno dell'eredità e tra i compiti fondamentali del familiare vi è quello di riattualizzare, di rendere di nuovo vitale il rapporto tra i vivi e i morti attraverso il trasferimento del sistema dei valori (Andolfi e D'Elia, 2007).

Una caratteristica antica e comune a tutte le società umane è l'utilizzo di riti collettivi per consentire agli individui di elaborare la perdita di un familiare. Il valore del rito culturale, pur avendo subito delle trasformazioni profonde, presenta le medesime tappe, scritte profondamente nel funzionamento affettivo e mentale dell'essere umano e modellate sul processo soggettivo e individuale di chi subisce la perdita: la negazione, lo stordimento, la rabbia, l'ambivalenza, la disperazione, la pena e la riorganizzazione di sé. La morte consegna sempre un lascito traumatico, quando avviene imprevista e off time o in relazioni familiari conflittuali, quando si susseguono diversi lutti in breve tempo o quando è stigmatizzata o coperta

dal segreto, il potere di quell'eredità appare rinforzato. Ci si addentra in una trama poco visibile di *risonanze* ed echi che rimandano dal presente al passato e proiettano la loro ombra sul futuro. All'interno di questa rete di fili invisibili affiorano collegamenti insospettati, legami sotterranei che connettono il comportamento del presente al lutto del passato. Una *trama relazionale* profonda, nascosta, fatta di spiriti e fantasmi che muovono e agitano i vivi, ne condizionano le sorti e le scelte: un' "Assenza che è Presenza". Difensivo è negare, non accettare la morte e la conquista di un'accettazione serena della sua immanenza e inevitabilità è frutto di fatica, di un lavoro che non si compie mai definitivamente e che non può che realizzarsi nella relazione, nel contatto accogliente e contenitivo con l'Altro.

L'apertura di uno spazio di relazione, in opposizione alla cristallizzazione isolata del dolore, il sentirsi accolti e confortati attraverso l'offerta di un incontro, in cui si elabora la privazione sensoriale dell'Altro, e la restituzione alla significatività degli affetti familiari rappresentano una risposta necessaria ed essenziale agli ostacoli che individui e famiglie incontrano di fronte alla perdita. Attraverso l'accettazione, l'assenza viene risignificata e da vuoto diventa qualcosa di pieno e concreto, tanto che la vita stessa ne viene mutata in qualcosa di più completo e intero. Una perdita dolorosamente vissuta e profondamente elaborata può creare le condizioni di una maturazione interiore: il raggiungimento, certamente sofferto, di un'identità più matura, di una maggiore consapevolezza dei valori e delle scelte che guidano l'esistenza.

L'esperienza della perdita di una persona significativa lascia sempre come presenza dentro di noi, oltre il sentimento dell'assen-

za fisica, un'eredità spirituale e simbolica, un bagaglio di memorie, di affetti, di storie e di emozioni condivise. La perdita rielaborata può favorire anche l'acquisizione, spesso inconsapevole, di un patrimonio affettivo, relazionale e simbolico da trasmettere alle generazioni successive, quale testimonianza della continuità della vita.

Attraverso il processo di elaborazione del lutto la perdita può diventare una risorsa, individuale e familiare, che permette di ritrovare quel filo sottile che riconnette la vita con la morte. I ricordi e il loro incessante richiamo si fonderanno gradualmente nell'elaborazione di uno spazio nuovo.

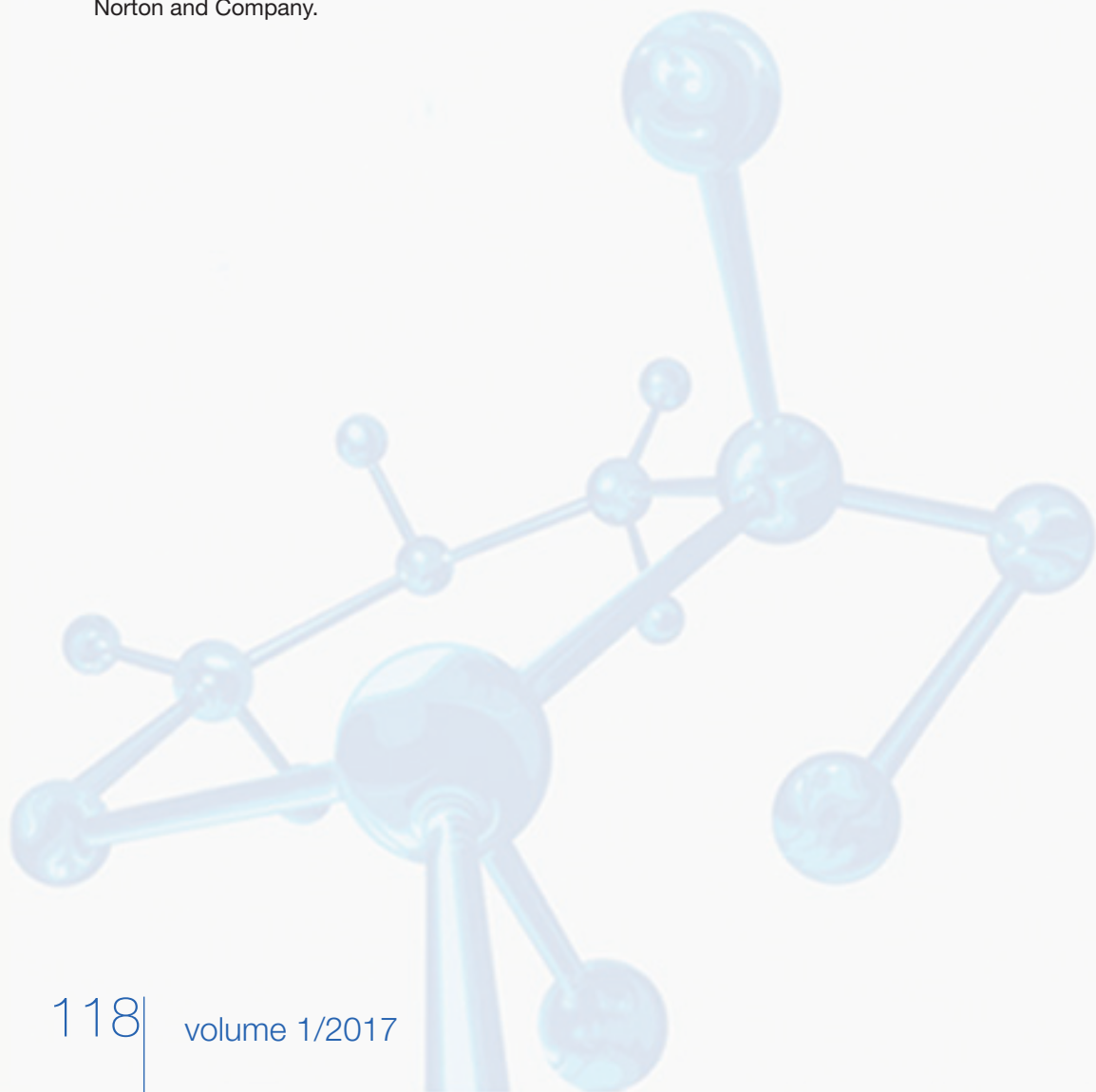
È attraverso la memoria, il *ricordo* che "chi non c'è più riacquista una nuova esistenza, diventa un'Assenza che è Presenza", un legame vivo nella storia familiare che ne favorisce il naturale ciclo evolutivo. Come scrive Isabel Allende nel suo romanzo *Paula* (1995), "non esiste separazione definitiva finché esiste il ricordo".

Bibliografia

- Allende, I. (1995). *Paula*. Milano: Giangiacomo Feltrinelli Editore.
- Andolfi, M., D'Elia, A. (2007). *Le perdite e le risorse della famiglia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Boszormenyi-Nagy, I., Spark, G. (1973). *Lealtà invisibili*. Roma: Astrolabio.
- Bowen, M. (1979). *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del Sé nel sistema familiare*. Roma: Astrolabio.
- Byng-Hall, J. (1985). The family script: A useful bridge between theory and practice. *Journal of Family Therapy*, 7, 301-305.
- Byng-Hall, J. (1986). Family scripts: A concept which can bridge child psychotherapy and family therapy thinking. *Journal of Child Psychotherapy*, 12(2), 3-13.
- Byng-Hall, J. (1995). *Rewriting Family Scripts*. Trad. It: (1998). Bertrando, P., (a cura di), *Le trame della famiglia. Attaccamento sicuro e cambiamento sistemico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Herz, F. (1989). The impact of death and

serious illness on the family life cycle. In: Carter, E., Mc Goldrick, M., (a cura di), *The Changing Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy*, (pp. 457-482). Boston: Allyn and Bacon.

- Moos, N. (1995). An Integrative Model of Grief. *Death Studies*, 19, 337-364.
- Onnis, L. (2016). Le voci interne della famiglia. I miti e i fantasmi familiari. *Psicobiiettivo*, 3, 158-180.
- Schützenberger, A.A. (2011). *La Sindrome degli Antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Di Renzo Editore.
- Shapiro, E.R. (1994). *Grief as a Family Process*. New York-London: The Guilford Press.
- Van Gennep, A. (1981). *I riti di passaggio*. Torino: Boringhieri.
- Walsh, F.W., McGoldrick, M. (1991). *Living Beyond Loss. Death in the Family*. New York: Norton and Company.



L'Omphalos: il corpo consapevole

*Del Monte Elisa*¹

Sommario

Attraverso l'analisi di una personale esperienza artistica, l'autrice indaga l'importanza della consapevolezza del corpo da parte del terapeuta, come imprescindibile momento della propria presenza nella relazione con l'altro. In particolare, lo studio e l'approfondimento della danza del ventre forniscono la possibilità di riflettere sul linguaggio simbolico utilizzato dal corpo stesso, che rievoca archetipi universali e si fa esperienza comune tra terapeuta e paziente, permettendo ad entrambi di apprezzare e partecipare, nel qui ed ora della seduta, al reciproco processo di crescita e apprendimento, tramite un approccio estetico, giungendo a un'intuizione d'insieme della dimensione relazionale e circuitale dell'esistenza, sensibile alla struttura che connette.

Parole Chiave

Corpo, danza, relazione, presenza, consapevolezza, simboli.

Abstract

Through the analysis of a personal artistic experience, the author explores the importance of body's awareness from the therapist's side as unavoidable time of his presence in relation to the other person. In particular, study and deep analysis of belly dance give her the opportunity to think about the symbolic body language that recalls universal archetypes and becomes an experience shared both by the therapist and the patient, allowing them to appreciate and take part in the ongoing session, in the mutual growing up and learning a process through an aesthetic approach, thus coming to a global intuition about the relational and circuital dimension of human existence, sensitive to the relational structure.

KeyWords

Body, dance, relation, presence, awareness, symbols.

¹Del Monte Elisa allieva 1°anno Idipsi mail: delmonteelisa81@gmail.com

Riflettendo sulla presenza del terapeuta nella stanza di terapia, ho avuto modo di approfondire alcune domande legate all'importanza della consapevolezza del proprio corpo come parte imprescindibile del nostro esserci con l'altro.

In particolare alcuni autori (Perls, 1951; Zerbetto, 1998; Anzieu, 1987), facendosi portavoce delle tecniche corporee di terapia comparse negli anni trenta nei paesi di lingua tedesca, hanno sottolineato e continuano ad avvalorare il primato fondamentale del corpo e con esso degli organi sensoriali e motori, insieme all'epidermide, nel delineare l'esperienza umana al confine tra l'organismo e il suo ambiente.

Ne risulta pertanto la necessità, da parte del terapeuta in *primis*, di allenarsi alla consapevolezza della presenza del proprio corpo nello spazio terapeutico e alla percezione dell'esperienza dell'altro che si dispiega davanti ai propri organi di senso, senza mai dimenticare la dimensione sistemica all'interno della quale si alimenta la relazione.

Un tale addestramento può essere portato a compimento attraverso differenti modalità, a patto che tutte comportino la possibilità di fare esperienze dirette con il proprio corpo nello spazio.

Personalmente ho avuto la possibilità di sperimentare una forma d'arte che mi ha consentito di maturare una maggior consapevolezza della mia presenza nello spazio e che sviluppa, altresì, la mia attitudine a lavorare sul vissuto del qui ed ora, contribuendo a realizzare una posizione partecipe dell'esperienza portata dall'altro.

Si tratta della danza del ventre, che comporta, ad ogni sessione, un iniziale movimento di ricerca del baricentro per riportare l'attenzione su di sé, sul momento presente, sulle risorse alle quali attingere ai fini di una cono-

scenza più autentica di sé e dell'altro.

Il titolo "L'Omphalos" fa proprio riferimento a questo movimento di centratura. Il termine greco omphalos, che significa ombelico, nell'antica Grecia indicava una pietra sacra scolpita, collocata nel tempio delfico di Apollo, il tempio più importante del mondo greco, proprio ad indicare che Delfi, con il suo santuario, rappresentava il centro del mondo, il suo ombelico.

Svelare la danza.

Ho scoperto la danza del ventre in un momento della mia vita particolarmente arduo, in seguito alla perdita di una persona di riferimento fondamentale, che identificava in modo univoco il mio essere. Avevo perso, di conseguenza, il mio ruolo principale, il copione che interpretavo da sempre, vittima di una modalità lineare, fortemente occidentale, di conoscere il mondo e gli altri, che impone di identificarsi pienamente con il proprio sé individuale a due condizioni:

- l'auto-definirsi in contrasto e per differenza con gli altri da sé;
- il cercare continuamente di affermare la propria rilevanza all'interno di un gruppo, in particolare agli occhi di coloro dai quali dipendiamo per la nostra sopravvivenza.

Ne risultava uno smisurato sforzo costante per soddisfare i desideri e bisogni altrui, tentando però al contempo di trovare un proprio significato (Kenny, 1998).

Venendo a mancare l'altro con il quale combattevo i miei confronti, questi condizionamenti sociali avevano completamente perso il loro significato e si apriva davanti a me una tale varietà di possibilità esplorative, da lasciarmi paralizzata e in preda alla confusione e allo sconcerto. Quella stessa confusione, dettata dallo sgretolamento delle proprie certezze, apre però la strada a una

rinnovata disponibilità verso le contaminazioni della propria prospettiva, imponendo all'attenzione importanti temi di crescita, dimostrandosi essenza dell'apprendimento e concedendo la possibilità di avventurarsi in territori inesplorati. Per rendere più ricca la nostra vita e più autentica la conoscenza di noi stessi, è importante espandere la nostra esperienza di vita, il suo significato e i suoi orizzonti (Whitaker e Bumberry, 1988).

Avviluppata da un tale stato d'animo, incontrai la danza del ventre e da subito mi parve che le danzatrici possedessero una consapevolezza che si conquista con la pratica e che le trasporta in un luogo nel quale corpo, mente e relazione si abbracciano in un equilibrio dinamico, come nella posizione dell'equilibrista, che ad ogni passo riassume il proprio baricentro, mantenendo i piedi ben ancorati al filo, in modo che proprio da quella base possano trarre la forza per mantenere alta la testa e spingere in avanti lo sguardo, in un complesso bilanciamento mai definitivo, che trae vantaggio proprio dal movimento.

Da quel momento, la danza è diventata per me un percorso espressivo e al contempo uno strumento di crescita ed evoluzione, il mio personalissimo momento di *grounding*, che significa letteralmente messa a terra, centratura, ricerca di un solido appoggio, di una base. E' un momento di autentica conoscenza esperienziale, che origina dalla consapevolezza delle possibilità espressive e di movimento del proprio corpo (Strova, 2005). Per comprendere come questo particolare tipo di danza, all'apparenza così superficiale, possa permettere di ottenere risultati tanto profondi, è necessario ripercorrere brevemente la storia della danza orientale e il modo in cui nel tempo si sono trasformati il suo significato e la sua simbologia, allonta-

nandoci temporaneamente dalla rappresentazione di quest'arte come la conosciamo oggi in occidente, per risalire alle sue origini. Le radici della danza del ventre risalgono all'epoca paleolitica, quando gran parte delle capacità comunicative umane erano affidate alla gestualità e al corpo e la danza era un necessario rito di preparazione all'accoppiamento. In seguito assunse funzioni celebrative nei cerimoniali eseguiti in onore della Dea Madre, narrando storie legate ai simboli di riproduttività, ricorsività, rinascita e ciclicità.

Ne nacque, pertanto, il culto della divinità femminile, che a partire dalle Veneri paleolitiche, simbolo di fecondità, venne in seguito rappresentata diversamente dai vari popoli e identificata con differenti nomi (Iside, Afrodite, Artemide, Astarte, Ishtar, Venere,...). Nella maggior parte dei casi, questo archetipo di divinità femminile, veniva considerato la dea custode della nascita, dell'amore e della morte (Eliade, 1949-64, 1956).

Con il tempo, in particolar modo con l'avvento dell'età classica (tra l'VIII sec. a.C. e il 600 d.C.), questa danza ha perso la sua connotazione religiosa, entrando in una dimensione più profana e diventando parte dell'ambiente culturale dei popoli medio-orientali ed è attualmente praticata come passatempo ricreativo in occasione dei momenti di festa. Inoltre, lo spostamento del perno della famiglia dalla madre all'autorità paterna e la sostituzione dei culti legati alle divinità femminili ad opera di religioni dedicate a divinità maschili, favorirono l'avvento delle grandi religioni monoteistiche. In particolare, intorno al VII secolo, l'Islam si innestò nei territori che in precedenza erano stati culla dei riti dedicati alle grandi Dee femminili, limitando la possibilità espressiva delle donne, anche attraverso la proibizione

di danzare in pubblico.

Sfuggirono a tale restrizione soltanto i ceti più poveri, in particolare la tribù nomade delle Ghawazee, le cui donne si esibivano in spettacoli di strada in cambio di denaro.

Il resto della popolazione femminile, considerata buona credente, poteva esibirsi soltanto in privato e in compagnia di sole donne, conservando la tradizione della danza orientale all'interno dei cortili e dei saloni delle abitazioni, dove danzare era per le donne un modo per stare insieme e raccontare la propria storia, creando una dimensione di indipendenza e autonomia, che le faceva sentire partecipi e protagoniste degli eventi cosmici.

In seguito, durante il regno degli abbàsidi (750 d.C. - 1258 d.C.), considerata l'età d'oro della musica e delle arti nel mondo arabo, iniziò a delinearci la figura della danzatrice professionista, che si esibiva all'interno degli harem egiziani, con il nome di Almee (al plurale Awalim). Esse erano artiste istruite, in grado di coniugare danza, recitazione, poesia e l'utilizzo di strumenti musicali.

Il declino della figura delle Awalim e la vera svolta della danza del ventre, che trasformò questa antica arte in quello che conosciamo oggi, avvenne nei primi del '900 quando, in seguito alla massiccia colonizzazione europea dell'Egitto, il Cairo assunse l'aspetto di una grande metropoli ed assistette all'apertura del primo nightclub (nel 1930), nel quale si esibirono le più grandi danzatrici della storia egiziana, fornendo l'ispirazione per la nascita dei primi cabaret realizzati con stampo tipicamente occidentale.

Le ballerine professioniste davano spettacolo come soliste, studiando le coreografie e abbandonando l'arte dell'improvvisazione; gli abiti di scena divennero più appariscenti e la tradizionale tunica venne sostituita dal costume a due pezzi, d'ispirazione hollywoodiana. (Cannatà. "n.d."; De Marco, 2017; Zaki, "n.d."). Attualmente la danza del ventre continua ad essere strettamente connessa alla cultura dei popoli mediorientali, pur avendo perso la sua connotazione religiosa. Nel Nord Africa e in tutto il mondo Arabo essa è trasmessa di madre in figlia, affinché le giovani apprendano ciò che è essenziale per la loro esistenza come donne e conducendole a sentirsi connesse tra loro da una lunga e ancestrale catena di eventi, appartenenti ad una sorellanza invisibile che trascende passato e futuro (Al-Rawi, 1999; Cannatà, "n.d."; De Marco, 2017; Zaki, "n.d.").

Fazia Al-Rawi², nella sua opera "Grandmother's Secrets", disvela un ethos femminile³ legato alla danza orientale di grande fierezza, ma al contempo di condivisione, franchezza e fiducia tra le donne, di profonda onestà e apertura, che si esplicita anche attraverso la danza in gruppo, durante la quale le partecipanti possono sperimentare reciproche contemplazione e ispirazione, accrescendo la conoscenza di sé e il sostegno.

Nella nostra cultura occidentale l'ethos femminile è stato costruito attorno a differenti tipi di situazioni e vicende storiche. Infatti, con l'avvento dell'era Cristiana nel Mediterraneo, dopo un'iniziale mantenimento della visione olistica della vita umana, si assistette ad un progressivo rifiuto della liceità dei

² Fawzia Al-Rawi è una ricercatrice che si è occupata di studi etnologici e sulla cultura islamica, nata a Baghdad e cresciuta in Iraq e Libano e attualmente impegnata nella promozione di iniziative volte all'autoconsapevolezza di sé e all'integrazione culturale, presso la Maison de la Paix, da lei stessa fondata a Vienna nel 2006.

³ Utilizziamo il termine *ethos* come inteso da Bateson (1936), quindi a significare lo spirito caratteristico, il tono prevalente di un sentimento di un popolo o di una comunità (Oxford English Dictionary).

desideri e alla divisione dell'uomo in corpo, mente e anima.

Il corpo venne così dannato in quanto sede di tutti i desideri e la danza fu condannata perché vista come veicolo di unione tra energia sessuale e spirituale, pertanto incompatibile con gli insegnamenti religiosi. Durante il Medioevo la Chiesa proibì tutte le danze e i canti e dall'XI secolo, gli ingenti cambiamenti sociali, trasformarono nuovamente il corpo nel focus dell'attenzione, ma questa volta nei termini della sua capacità di produrre e della sua idoneità al combattimento. Nacque pertanto l'immagine di una donna Cristiana, morale e virtuosa, in grado di tenere sotto controllo i desideri corporei e anche la danza cambiò di conseguenza. In particolare, nelle classi sociali più elevate essa assunse movimenti sempre più stilizzati, fino ad arrivare a muovere solo le mani e la testa. Arrivò a modificarsi persino la postura del corpo e il centro di gravità scivolò dall'area del ventre a quella del petto, facendo perdere il legame con la terra e confinando il respiro nella parte superiore del busto, per comunicare dignità e aristocrazia (Canatà, "n.d."; De Marco, 2017; Zaki, "n.d."). Malgrado la danza del ventre sia un'arte strettamente connessa alla cultura medio-orientale, si è avvalsa di continue trasformazioni e contaminazioni che hanno permesso di fondere diversi patrimoni culturali in un unico e comune linguaggio universale, comprensibile ad ogni gruppo etnico, come strumento d'introspezione e meditazione.

Essa parla un linguaggio globale proprio grazie ai simboli e agli archetipi immanenti ad

ogni suo movimento e tecnica, che appartengono a tutto il genere umano e consentono di infrangere i confini geografici e temporali, avvicinando diverse culture (Strova, 2005).

Maria Strova⁴ definisce i simboli come il cuore dell'immaginazione, affermando che essi debbano essere vissuti e sperimentati nel corpo, prima ancora che compresi, perché sfuggono al controllo razionale e vivono nei gesti e nel movimento.

Nello specifico, la danza del ventre accoglie i simboli di principio e fine, nascita, morte e rinascita, trasformazione ciclica, continuità, nutrimento e accudimento, potenzialità creativa, intuito, scoperta, divenire e comprensione, che fanno riferimento a un possibile percorso di crescita personale. Tali simboli, avendo valenza sia maschile, sia femminile, contribuiscono a trasmettere una sensazione di completezza, dialogo, fusione ed equilibrio di contrari (Chevalier e Gheerbrant, 1987; Strova, 2005).

Inoltre, quando danziamo, profondamente immersi nel simbolismo di quest'arte, tendiamo a perdere i confini del presente e della realtà attuale, perché mettiamo in contatto la nostra parte cosciente con il nostro mondo interno, meno manifesto alla nostra coscienza, cioè con quella memoria dell'umanità presente in tutti noi, che C. G. Jung definisce inconscio collettivo.

L'autore suggeriva che il movimento espressivo potesse rappresentare un ponte tra il corpo e la psiche, che consente alla memoria collettiva e alle emozioni di riaffiorare dal profondo. L'inconscio collettivo è permeato da motivi mitologici e simboli radicati nella

⁴Maria Strova è una danzatrice poliedrica, direttrice artistica e cofondatrice nel 2006 del Teatro del Respiro a Roma.

storia dell'umanità, quelli che Jung definisce pattern of behaviour, cioè dei percorsi ricevuti in eredità dagli antenati, che possiedono una carica estremamente alta di energia. Essi corrispondono alle esperienze di base possibili e caratteristiche di tutti gli esseri umani fin dai tempi antichi e racchiudono le più primitive premesse riguardanti i legami tra Dio, l'uomo e il cosmo.

Pertanto, le immagini archetipiche sono uguali in tutte le civiltà e si ritrovano nelle loro mitologie, favole e tradizioni religiose, espresse attraverso il linguaggio figurato e simbolico dell'inconscio. Risulta complesso, quindi, fornirne una spiegazione lineare, che tende a risultare in una traduzione in un altro linguaggio figurato (Jung, 1969-2007, 1980; PinkolaEstés, 1993).

Gli archetipi delle antiche dee (madre, figlia, moglie, amante, sorella e antagonista, stratega, custode del focolare), simili a quelli che prendono vita nella danza orientale, rappresentano le qualità dell'indipendenza, dell'autosufficienza, della capacità di concentrarsi su ciò che è significativo per la persona, il bisogno di appartenenza e di sviluppare legami solidi, oltre ad aspetti legati alla sfera della sessualità.

Sono immagini che riproducono i tratti sia positivi, sia potenzialmente negativi della persona nella sua complessità, rappresentando il rapporto vivace e vitale tra vita interiore ed esteriore, che si alimentano e arricchiscono a vicenda, in un venerando e interminabile processo (Bolen, 1989).

Occorre quindi far ricorso alle arti (poesia, pittura, scultura, teatro, danza), alle intuizioni e alle creazioni e coinvolgere l'intero corpo, per spiegare questa forza vitale, perché alcuni concetti sono talmente permeati di sacralità che non possono essere espressi con il solo uso delle parole (PinkolaEstés, 2006).

Corpo, anima e relazione: una conoscenza cibernetica.

La danza orientale non inizia con il movimento, ma con l'immobilità e l'ascolto attento del respiro. Rappresenta un fondamentale momento di scelta. Quando improvvisiamo scegliamo comunque la strada da percorrere, non facendoci s-travolgere da stimoli a caso (musica, pubblico, aspettative), ma attendendo con pazienza e lasciandoci guidare dal nostro bagaglio esperienziale, includendo gradualmente anche ciò che accade nel momento presente.

La danza intensifica il presente e richiede di riconnettersi con il mondo dei simboli e delle immagini, attraverso il gioco con il proprio corpo, che diviene rischio, ma anche sviluppo delle nostre potenzialità e capacità di reagire a ciò che accade intorno a noi e di scegliere tra diverse possibilità, riunendole in una risposta che porta la nostra impronta. Risulta pertanto fondamentale accettare il mondo emotivo che si sprigiona dai simboli e imparare a sostare anche con l'imbarazzo, la paura, il desiderio di riempire i vuoti, la fretta di agire e altri vissuti che si manifestano prepotentemente nel corpo e si attualizzano nel presente, come parte del bagaglio di una danzatrice (Strova, 2005).

La danza, in generale, favorisce la conoscenza del corpo, giacché consente di distogliere momentaneamente l'attenzione dai pensieri e focalizzarla sul movimento. A maggior ragione la danza del ventre, che richiede poco spazio per esprimersi, dal momento che il suo vero spazio è il corpo stesso (Al-Rawi, 1999).

Il corpo è argomento ampiamente dibattuto dai filosofi di ogni tempo. In particolare, si può mettere in evidenza storicamente la presenza di due posizioni contrastanti, che

fanno riferimento a due differenti relazioni che il corpo assume con la psiche.

Infatti, nel pensiero greco pre-platonico il corpo è un tutt'uno con l'io, quindi la sfera psichica e quella somatica ne risultano indissolubilmente e profondamente legate.

Al contrario, successivamente, Platone apre la strada alla possibilità di concepire una separazione tra corpo e purezza immateriale dell'anima, che viene sottolineata ancor più energicamente dal cristianesimo, il quale eleva l'anima ad entità sacra, allontanandola sempre più da un corpo da redimere, in quanto fonte di tutti i peccati.

Infine, Cartesio sancisce la valenza scientifica di questo dualismo, che domina tuttora nella cultura occidentale. Occorrerà attendere il XX secolo, perché sull'onda del pensiero provocatorio di Nietzsche che proclama la forza vitale del corpo, altri filosofi, in particolare fenomenologi (Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty), si occupino di un corpo come condizione necessaria dell'essere, che schiude all'individuo l'opportunità di esperire il mondo attraverso le percezioni, un corpo come luogo del divenire del mondo e dell'io, in un costante interscambio reciproco.

Questa idea di uomo afferma l'inscindibilità dell'unità mente-corpo e la presenza stessa della mente nel corpo (Zerbetto, 2000; Restori, 2013).

In modo non dissimile alla mente incorporata, nell'Estremo Oriente, il plesso solare, che si trova poco sopra l'ombelico e rappresenta il perno della danza del ventre, è considerato il punto centrale del corpo, dal quale si dipartono tutte le energie, sia fisiche, sia emozionali, oltre ad essere considerato canale di scambio energetico tra mondo interno ed esterno ed elemento di connessione tra corpo fisico e spirituale.

Quindi, l'entità mente-corpo può essere

considerata un'unità che vive di esperienze di conoscenza determinate dalla profonda sensibilità alle relazioni; entità non separata dai contesti, come la sacra unità batesoniana «organismo-nel-suo-ambiente» (Bateson, 1972, pp. 491). Per Bateson, l'unione inscindibile mente-corpo-ambiente rappresenta una danza di parti interagenti che permette di apprezzare «la struttura che connette» (Bateson, 1979, pp.25) e la coreografia di questa danza si articola nel linguaggio metaforico preminentemente presente nel sogno, nell'arte e nel gioco (Bateson, 1972,1979; Restori, 2013).

Il corpo in relazione non possiede precisi confini spazio-temporali e la metafora del cieco con il bastone può essere facilmente trasposta alla condizione della danzatrice, così come a quella del terapeuta: dove finisce il suo corpo? E dove inizia? Il suo sistema mentale finisce dove le sue mani toccano il velo? Dove il suo sguardo tocca il pubblico? Dove il suo sguardo si posa sul cliente? O include una parte di esso? O lo incorpora totalmente? (Bateson, 1972; Restori, 2013).

Come abbiamo avuto modo di apprezzare parlando degli archetipi, la danza, ma anche altre forme artistiche, rappresentano un modo di pensare per immagini e per esperienze, che liberano dalla rigidità delle parole, appoggiandosi a una logica e a un linguaggio differenti e traghettando l'individuo, artista o spettatore, terapeuta persona o persona terapeuta, al di là del suo isolamento e del suo sentimento di separazione (Al-Rawi, 1999), che va oltre la semplice possibilità di amalgamare passato, presente e futuro, per giungere ad annullare anche i confini spaziali, oltre che temporali, permettendo di accogliere tutta la complessità della conoscenza.

Nella vita ci sono molteplici simboli e temi universali, che fanno parte della condizione umana, capaci di infinite variazioni. La consapevolezza del nostro mondo di pulsioni è requisito essenziale alla nostra capacità di vedere il mondo simbolico degli altri (Whitaker e Bumberry, 1988).

Come afferma Galimberti, il simbolo non rappresenta una modalità di conoscenza interpretativa, come avviene con l'uso delle parole, bensì una possibilità di esperienza. Pertanto la domanda fondamentale da porsi non riguarda il significato dei simboli, ma le possibilità di apprendimento esperienziale che essi mediano (Galimberti, 1992; Zerbetto, 2003).

Per Bateson, i contenuti della coscienza rappresentano solo una piccola parte dell'io, una verità selettiva e parziale, pertanto una distorsione del tutto, perché non sono in grado di rappresentare mai completamente il carattere sistemico della mente. Pensando alla mente come una rete complessa, ciberneticamente integrata di proposizioni, immagini, processi, l'autore paragona la coscienza a una resezione dei circuiti mentali, incapace di cogliere la natura sistemica della mente umana, senza l'aiuto dell'arte, della religione, dei sogni e di tutto ciò che si esprime attraverso un linguaggio simbolico. La conoscenza deve farsi carico delle interdipendenze di sistema e può farlo avvalendosi dell'arte, che può condurre l'uomo da una visione finalistica della vita ad una più orientata a cogliere gli aspetti sistemici, dinamici e di crescente complessità (Bateson, 1972; Kenny, 1998).

Generalmente non siamo in grado di vedere le complesse relazioni umane all'interno delle quali evolve il senso del «Sé-Corpo-Nodo di comunicazione-Spazio Conversazionale», non riusciamo a vedere noi stessi e gli altri come processi in relazioni continue,

ma tendiamo piuttosto a immaginarci come oggetti e anche i corpi diventano cose, fatte per muoversi, da possedere, usare, sfruttare, controllare e al limite anche da manipolare (Kenny, 1998).

Possiamo azzardare l'idea che l'arte, al pari della religione, sia nata per includere nell'essere umano gli aspetti di natura sistemica e non percepibili consapevolmente, che gli appartengono e lo caratterizzano, per permettergli di superare i limiti del linguaggio e spingersi fino a ciò che risulta indicibile e inenarrabile.

Per Kenny (1998), la volontà di fare questo sforzo rappresenta un segno della presenza del Sacro, una visione della complessa totalità. Detto in altre parole, lo stato di Sacralità nasce dalla capacità di meravigliarsi di fronte alla scoperta dell'essere al mondo, grazie alla possibilità di rendere concrete connessioni emotivamente pregnanti tra sé e gli altri.

Ne risulta una conoscenza come fenomeno estremamente complesso, che ci coinvolge con i nostri corpi, le nostre emozioni e sensazioni. Siamo continuamente implicati, insieme ad altri, in metaloghi che stimolano la riflessione. Apparteniamo a un flusso di accadimenti all'interno di un contesto. Nella conoscenza sono presenti ancoraggio, legame, sguardo volto al passato, identità, ma anche apertura al cambiamento, alla discussione, contrasto, salti comunicativi, mancanze d'informazione che permettono di andare oltre il proprio punto di vista, per ampliare, rendere più complesso, comprendere il diverso.

La stessa condizione umana originaria è sociale, è nella relazione, sempre imbarcata in percorsi relazionali che portano a un rispecchiamento costante e reciproco, che conduce fuori da sé, nella interminabile ricerca/ richiesta di riconoscimento gli uni degli altri

(Manghi, 2015). Tutta la vita è interpersonale (Whitaker e Bumberry, 1988).

Pensiamo in termini di relazioni, quindi risulta impossibile separare la mente dalla struttura in cui è immanente, sia essa la relazione, la società o il più vasto ecosistema. L'arte tenta di addensare i diversi livelli mentali, consci, inconsci ed esterni, per parlare un linguaggio di relazioni, che si muove sul confine tra ciò che è consapevole e ciò che non lo è, tra ciò che si può spiegare e l'inspiegabile. Questo intendeva Isadora Duncan quando disse «se potessi esprimerlo a parole non avrei bisogno di danzarlo».

Si riferiva a quelle situazioni nelle quali, pur utilizzando il linguaggio verbale, esso acquisisce importanza non per le parole espresse, ma per ciò che esse sono in grado di evocare (Ruffilli, 2012). Questo discorso riguarda la possibilità di stare nel «duplice contatto», «al confine di contatto» (pp. 16) tra mondo interno ed esterno, utilizzando il corpo come soglia di frontiera, in grado di farsi portatore di un continuum di consapevolezza e promotore di un'attenzione focalizzata sul qui e ora (Zerbetto, 1994).

Possiamo paragonare questa posizione di conoscenza al «sé del terapeuta, non tanto come posizione concettuale, narrativa, ma come percezione delle proprie sensazioni in terapia, in particolare quelle corporee» (Restori, 2013, pp.13). Questa capacità di riconoscere le proprie sensazioni e i segnali che arrivano dal corpo, consente al terapeuta di sintonizzarsi con la persona che ha davanti e rispecchiarla, rimandandogli la percezione del suo valore, attraverso la sensazione di essere accettato, di esistere, di essere visto in una interazione. Tale competenza nasce dal donarsi la possibilità di non avere fretta, di attendere con pazienza, affinando i sensi, per accogliere con pienezza e generosità le

esperienze interiori ed esteriori.

Significa sopportare l'incertezza di non conoscere e restare nell'attesa, facendo fronte al nostro impulso di agire, fuggire o combattere, proprio come si apprende anche con la danza (Kennedy, 1998; Restori, 2013).

Del resto, non a caso, diversi autori hanno definito la psicoterapia come una danza con l'altro, durante la quale il terapeuta conosce l'altro solo attraverso il filtro di se stesso e delle proprie relazioni e ingaggiando confronti di prospettive aperti all'inatteso.

Il terapeuta stesso è ben consapevole del proprio bisogno di crescere e in seduta porta la propria autenticità. Pertanto, la crescita in terapia è un processo reciproco, caratterizzato da uno stato di equilibrio dinamico tra senso di appartenenza e differenziazione. Quanto più ci sentiamo in grado di soffermarci su livelli sempre più ampi di appartenenza, tanto più ci sentiamo liberi di essere indipendenti; e più siamo capaci di differenziarci, tanto più saremo in grado di appartenere (Whitaker e Bumberry, 1988).

Ciò che consente questo movimento in avanti e all'indietro è la consapevolezza, intesa proprio come un processo di movimento, percezione, differenza e contatto, profondamente radicato nel corpo e nell'esperienza sensoriale.

Non riguarda aspetti di pensiero e introspezione, ma piuttosto un'attenzione corrente alle sensazioni attuali, liberi da schemi interpretativi, in una posizione di presenza con l'esperienza del momento.

Tale disposizione apre la strada a gradi superiori di libertà e permette di accrescere i livelli di complessità. Equivale a un processo di ricognizione interna, che consente di essere in contatto con se stessi, al punto da poter scegliere e comportarsi in modo da sentirsi al sicuro e soddisfatto della propria esperienza

(Zerbetto, 2008).

Questo è il tipo di posizionamento dinamico al quale mi allena la danza del ventre, come approccio di tipo estetico: conoscere ciò che sto facendo, nel momento preciso in cui lo sto facendo, rendendomi primitivamente consapevole, in un'intuizione d'insieme, della dimensione relazionale e circuitale dell'esistenza, sensibile alla struttura che connette, attraverso la consapevolezza corporea.

Conclusioni

La danza del ventre può costituire un progressivo allenamento per il terapeuta, che gli consente di sviluppare la propria attitudine a cogliere e valorizzare i vissuti corporei propri e dell'altro, quali fonti sostanziali di conoscenza delle dinamiche relazionali in atto, attraverso l'affinamento delle sue capacità percettive, di attesa e di ascolto partecipe. Egli apprende quindi ad assaporare il flusso degli eventi presenti, che abbracciano anche passato e futuro concretizzandosi come memorie e aspettative, tramite l'accurata osservazione e percezione di ciò che si dispiega in seduta davanti ai propri sensi.

Inoltre, la danza orientale chiede audacemente di decentrare il tipico atteggiamento lineare di conoscenza al quale siamo cresciuti/addestrati e immersi, che conduce facilmente all'uniformità, all'assorbimento delle differenti forme di esistenza e al giudizio, facendo spazio ad una nuova consapevolezza, che riconosca l'unità del genere umano come organismo vivente in continuo cambiamento e divenire, dove ogni parte trae beneficio e viene stimolata dalle altre, attraverso il riconoscimento e la costante consapevolezza della propria appartenenza ad un infinito mondo di relazioni, di un Sé che vive costantemente nella storia culturale e interpersonale da cui si origina (Kenny,

1998; Manghi, 2015).

Del resto, l'amore riesce a sopravvivere solo nella possibilità che ci doniamo di sentire e riconoscere la realtà circuitale; come un'onda che costantemente coinvolge e si ritrova coinvolta nel movimento delle altre onde, che concertano un unico mare (Bateson, 1972).

Bibliografia

- Al-Rawi, R.F. (1999). *Grandmother's Secrets: The Ancient Rituals and Healing Power of BellyDancing*. Northampton, Massachusetts: Interlink Publishing Group Inc., 2000.
- Anzieu, D. (1987). *L'io-pelle*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2017.
- Bateson, G. (1936). *Naven. Un rituale di travestimento in Nuova Guinea*. Torino: Giulio Einaudi Editore, 1988.
- Bateson, G. (1972). *Verso un'ecologia della mente*. Milano: Adelphi Edizioni, 2015.
- Bateson, G. (1979). *Mente e natura*. Milano: Adelphi Edizioni, 2014.
- Bolen, J.S. (1989). *Le dee dentro la donna. Una nuova psicologia femminile*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1991.
- Cannatà, P. ("n.d."). Almee d'Egitto, le danzatrici colte. Consultato il 10 agosto 2017 su <http://asardanza.it>
- Chevalier, J. e Gheerbrant, A. (1987). *Dizionario dei simboli*. Milano: Rizzoli.
- De Marco, F. (2017). Oltre l'ombelico, danza del ventre e ipnosi, la donna che vorresti essere. Consultato il 20 settembre 2017 su <https://www.taus.it/single-post/2017/07/21/Oltre-lOmbelico-Danza-del-ventre-e-Ipnosi-la-Donna-che-Vorresti-Essere>
- Eliade, M. (1949-64). *Trattato di storia delle religioni*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- Eliade, M. (1956). *Il sacro e il profano*. Torino: Bollati Boringhieri, 1999.
- Galimberti U., a cura di (1992). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET
- Jung, C.G. (1969-2007). Il concetto di Inconscio Collettivo. In *Opere* (vol. IX, Tomo 1). Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Jung, C.G. (1969-2007). Gli archetipi dell'Inconscio collettivo. In *Opere* (vol. IX, Tomo 1). Torino: Bollati Boringhieri, 1980.
- Kenny, V. (1998). La nozione del Sacro in Bateson – Cosa ci può insegnare per vivere co-

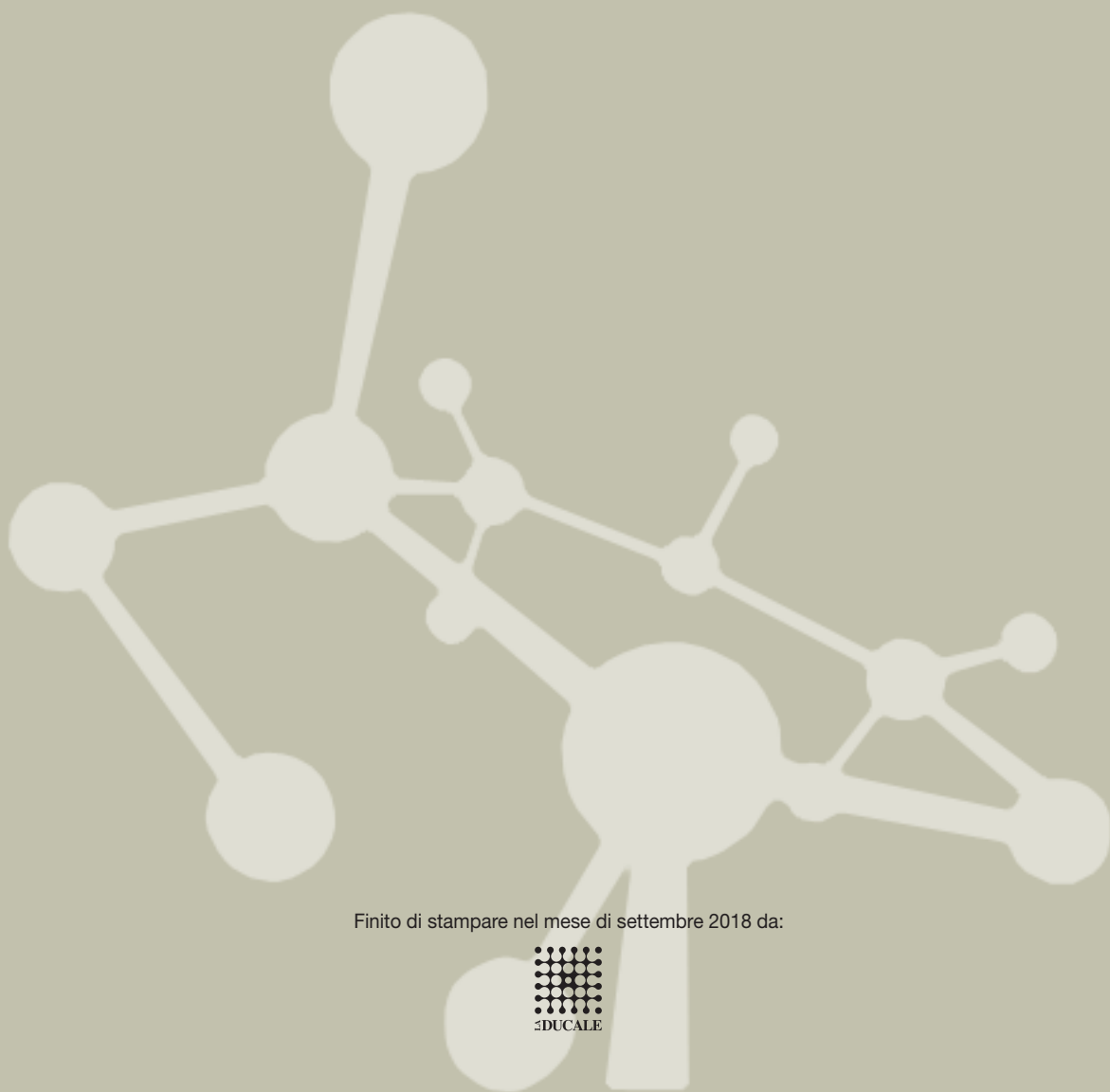
struttivamente? Consultato il 12 settembre 2017 su <http://www.oikos.org/vincsacro.htm>

- Manghi, S. (2015). L'enigma del carisma e la necessità del sacro. Consultato il 12 settembre 2017 su <http://terzo-incluso-parma.blogautore.repubblica.it/2015/05/07/enigma-del-carisma-e-la-necessita-del-sacro/>
- Perls, F. (1951). *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento della personalità umana*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1997.
- PinkolaEstés, C. (1993). *Donne che corrono coi lupi*. Milano: Edizioni Frassinelli.
- PinkolaEstés, C. (2006). *La danza delle grandi madri. Dalla giovinezza alla maturità. Dalla maturità alla giovinezza*. Milano: Edizioni Frassinelli.
- Restori, A. (2013). Embodiments. Il corpo in relazione. *Cambia-menti*, 1, 15-26.
- Ruffilli, L. (Dicembre 2012). Dello spiegare e del comprendere: i presupposti, i modi e i contesti. Presentato al seminario nazionale del Circolo Bateson, Roma.
- Strova, M. (2005). *Il linguaggio segreto della danza del ventre*. Forlì-Cesena: Macro Edizioni.
- Whitaker, C. A. e Bumberry, W. M. (1988). *Danzando con la famiglia. Un approccio simbolico-esperienziale*. Roma: Casa Editrice Astrolabio, 1989.
- Zaki, J. ("n.d."). Danza del ventre – La storia. Consultato il 20 settembre 2017 su <http://www.zagharid.it/i-beneficidelladanzadel-ventre/>
- Zerbetto, R. (1994). Il Sé come membrana: modello, metafora, epistème. In *Psicoterapia della Gestalt, per una scienza dell'esperienza*, a cura di Riccardo Zerbetto. Roma, Edizioni Centro Studi di Psicomatica.
- Zerbetto, R. (1998). *La Gestalt. Terapia della consapevolezza*. Pavia: Xenia Edizioni.
- Zerbetto, R. (2000). Psiche. In *L'Universo del Corpo*. Enciclopedia Italiana G. Treccani. Consultato il 18 ottobre 2017 su http://www.treccani.it/enciclopedia/psiche_%28Universo-del-Corpo%29
- Zerbetto, R. (Novembre 2003). Quali miti sottendono i riti della psicoterapia? Atti dal Convegno SIPT su "I nuovi rituali in psicoterapia", promosso dalla Società Italiana di Psicopsicologia (SIPT), Firenze.
- Zerbetto, R. (Luglio 2008). La consapevolezza in Terapia della Gestalt: definizione e paragoni con il concetto psicoanalitico di

insight e di inconscio. Discusso durante il 37° SummerResidential Gestalt Training, organizzato dalla GATLA a Vilnius (LT).







Finito di stampare nel mese di settembre 2018 da:

